

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE ECONOMIA

MONOGRAFIA DE BACHARELADO

**PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS: UMA ALTERNATIVA PARA O
AUMENTO DE EFICIÊNCIA NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA**

VICTOR NUTI DELORENCI

Matrícula nº: 110122287

ORIENTADORA: Prof. Beatriz Azeredo

AGOSTO 2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE ECONOMIA

MONOGRAFIA DE BACHARELADO

**PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS: UMA ALTERNATIVA PARA O
AUMENTO DE EFICIÊNCIA NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA**

VICTOR NUTI DELORENCI

Matrícula nº: 110122287

ORIENTADORA: Prof. Beatriz Azeredo

AGOSTO 2015

As opiniões expressas neste trabalho são de exclusiva responsabilidade do autor

Para aqueles que sonham em melhorar a sociedade na qual vivemos

“Who decides what is the right balance?”

Few question that the state must play a significant role in an organized, modern society, or that organized societies need a government. The more significant question is what such a government should do and how it should do it. As with many things in life, the problem is to find the optimal dose of intervention, between one extreme, set by ‘centrally planned economies’, where those who claim to represent the state make all the economically relevant decision on behalf of the citizens, and the other extreme, set by the ‘laissez-faire ideology’, where the role of the state is confined to a few basic or essential functions. To determine the right balance between these two polar conceptions ought to be the goal of economists and of intelligent and wise policy makes” (TANZI, V. 2011)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente à conclusão desse trabalho. Primeiramente aos meus pais, Claudio e Marília, que além do apoio irrestrito, sempre incentivaram a cultura, a curiosidade e o espírito científico dentro de mim. À toda minha família, pelo apoio incondicional e amor de sempre: Lúcia, Carmelita, Mirian, Marilza, Thereza, Paulo, Nelson, Antonio, Paulo Guilherme, João Pedro, Carla e Carlos. À minha namorada Thaís, pela companhia, paciência e motivação nos momentos mais difíceis desta jornada, nunca me deixando desistir do meu objetivo final. Aos servidores do Instituto de Economia, com destaque para os companheiros de todas as horas André e Guilherme, sempre presentes ao longo de todos esses anos. A todos os professores e mestres que já tive e, em especial, aos professores do IE, que me proporcionaram o acesso aquilo que temos de mais valioso: o conhecimento. Aos colegas que fizeram da graduação uma experiência inesquecível. A todos os meus colegas do IFC, que durante o pequeno convívio que tivemos conseguiram me encantar com o mundo das parcerias público privadas, me instigando a estudar e a realizar minha tese de graduação sobre o tema. E, obviamente, à Beatriz Azeredo, que permitiu o início, desenvolvimento e finalização da monografia com sábios conselhos e observações.

RESUMO

Este é um trabalho sobre o uso de parcerias público privadas como uma ferramenta para aumentar a eficiência da gestão pública. É uma proposta de analisar de que forma a adoção do modelo de parcerias público privadas pode gerar um aumento na qualidade do serviço público prestado a população e, mais especificamente, como a adoção deste modelo poder ser uma alternativa na gestão da saúde pública brasileira. O fio condutor e gerador da pesquisa é a busca por novos modelos de gestão pública que possibilitem ao Estado fornecer serviços com maior qualidade a sociedade. Traz-se à tona o resultado de que as parcerias público são uma ferramenta possível e viável para gerar um aumento de eficiência na gestão pública, porém estão longe de ser uma panaceia ou salvação para tudo. Fica claro que este tipo de contratação possui especificidades que relacionam o sucesso de sua implementação a uma série de premissas que nem sempre são tangíveis.

ABSTRACT

This work is about public-private partnerships and its use as a tool for granting higher efficiency in public management. It is an attempt to analyze how public-private partnerships can improve public services quality for its users and more specifically that it can be an alternative to Brazilian public health management. The fact that drives this research is the search for new management models that enables the State to offer better quality services to its citizens. The main result achieved is that public-private partnerships are a viable tool to grant a higher efficiency in public management, although it cannot be seen as solution for all public sector problems. It is clear that this type of contracting has some specificities that relates its success to a series of assumptions that not always are tangible.

SÍMBOLOS, ABREVIATURAS, SIGLAS E CONVENÇÕES

CSLL	Contribuição Social sobre Lucro Líquido
DBO	<i>Design, Build and Operate</i>
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFC	<i>International Finance Corporation</i>
IR	Imposto de Renda
ISS	Imposto sobre Serviços
NGP	Nova Gestão Pública
NOB	Normas Operacionais Básicas
MP	Medida Provisória
NPM	<i>New Public Management</i>
OECD	<i>Economic Co-operation and Development</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organizações Sociais
PAC	Programa de Aceleração de Crescimento
PFI	<i>Private Finance Initiative</i>
PFPP	Programa de Fomento a Participação Privada em Infraestrutura
PIB	Produto Interno Bruto
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PPP	Parceria Público Privada
PT	Partido dos Trabalhadores

RCL	Receita Corrente Líquida
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SPE	Sociedade de Propósito Específico
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VFM	<i>Value For Money</i>
WBG	<i>World Bank Group</i>

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS E O INVESTIMENTO EM INFRAESTRUTURA NO BRASIL	13
I.1 – Parcerias Público Privadas no Cenário Mundial	13
I.1.1 – Estado forte e democrático e suas reformas.....	13
I.1.2 – O surgimento do termo PPP e a experiência internacional	16
I.2 - Contexto Histórico do Surgimento das Parcerias Público Privadas no Brasil	21
I.3 – Lei 11.079/04: O marco legal das PPPs Brasileiras.....	23
I.3.1 – Definições básicas e a estrutura econômica dos contratos de PPPs	24
I.3.2 – Remuneração do parceiro privado	27
I.3.3 – Distribuição de riscos entre os parceiros.....	31
I.4 – Vantagens e Desafios do modelo de PPP	34
CAPÍTULO II - PPPs NO SETOR DE SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRO	37
II.1 - A saúde pública no Brasil atual.....	37
II.1.1 – A criação do Sistema Único de Saúde (SUS)	37
II.1.2– Panorama atual do setor.....	38
II.1.3– Modelos de contratação utilizados na gestão da Saúde Pública brasileira	41
II.2 – PPP e a gestão da saúde pública	45
II.2.1– Experiência com PPPs na saúde	45
II.2.2– Debate sobre o uso de PPPs na gestão da saúde pública	47
CAPÍTULO III – ESTUDO DE CASO: HOSPITAL DO SUBÚRBIO.....	56
III.1 – Descrição e análise do projeto	56
III.2 – Diferenciais e aprendizados do projeto	65
CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	74

INTRODUÇÃO

O crescimento exponencial da demanda por infraestrutura pública que ocorreu nas últimas décadas, somado as restrições orçamentárias do Estado, têm feito a maioria das nações se depararem com uma realidade na qual os investimentos necessários em infraestrutura geram uma forte pressão sobre o orçamento público. No caso da maioria dos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos essa demanda é ainda mais alta, devido a baixa qualidade ou até mesmo inexistência de infraestrutura adequada, o que muitas vezes é apontado como um problema estrutural dessas economias e como um dos principais motivos de restrição ao crescimento das mesmas.

Existe, portanto, no mundo atual um *gap* entre a demanda e a oferta de infraestrutura pública. A existência deste *gap* tem chamado a atenção de muitos governos e estudiosos, que vêm somando esforços e buscando alternativas para superá-lo. É grande o debate sobre como diminuir este *gap*, porém é quase unânime a incapacidade do setor público de financiar por si só os investimentos necessários. Neste ponto, o aumento da participação do setor privado nos investimentos em infraestrutura surge como uma alternativa para atender essa demanda.

Os altos custos operacionais e o longo período necessário para amortizar o investimento realizado, somados muitas vezes a baixa rentabilidade dos projetos são fatores que historicamente afastaram a iniciativa privada dos investimentos em infraestrutura. A existência de altas externalidades positivas para a economia e para a sociedade como um todo fizeram, portanto, que o fornecimento de infraestrutura de diversos setores fosse realizado através de um monopólio natural, no qual o setor público é o responsável por desenvolver, criar e operar a infraestrutura. Nestes casos, é comum a concessão da operação deste monopólio natural para um parceiro privado ao longo de um determinado período de tempo.

As parcerias público-privadas surgem nesse cenário como uma alternativa ao modelo tradicional de concessões, na qual o parceiro privado é responsável por construir, financiar e operar a infraestrutura. O principal diferencial das parcerias público-privadas está na sua estrutura econômica, desenvolvida com o objetivo de gerar um aumento de eficiência do parceiro privado no serviço prestado. Nesta modalidade de contratação o parceiro privado tem sua remuneração atrelada a sua performance e

assume significativamente mais riscos do que nas concessões comuns, sendo responsável não só pela operação da infraestrutura mas também pela construção e financiamento da mesma.

Além de permitirem um aumento de eficiência quando bem estruturadas, as parcerias público privadas permitem ao governo mover para fora de seu balanço os investimentos necessários em infraestrutura. Ao transferir para o parceiro privado o financiamento da obra de infraestrutura, o governo consegue atender a demanda sem impacto em seu orçamento em um primeiro momento, distribuindo os gastos públicos a serem feitos ao longo de todo o contrato através do pagamento das contraprestações ao parceiro privado.

Apesar de suas vantagens, as parcerias público privadas são modelos extremamente complexos e que exigem um alto grau de maturidade institucional dos governos, de forma que sua expansão deve ser feita de forma cautelosa e extremamente bem planejada. Quando mal planejadas, as parcerias público privadas podem passar rapidamente de solução para problema na provisão de infraestrutura.

No caso específico da saúde pública, o aumento dos gastos em assistência nas últimas décadas tem colocado em cheque a capacidade dos governos em financiá-la. No Brasil, o Sistema Único de Saúde tem como diretrizes a universalidade, integralidade e equidade na prestação de serviços médicos e assistenciais. Para conseguir atender esta demanda, a gestão da saúde pública brasileira é contratada por diversas modalidades, indo desde a administração direta até a contratação de uma empresa privada. Especialmente no Sudeste, destacou-se nas últimas décadas a utilização de Organizações Sociais, empresas sem fins lucrativos que assumem contratos de curto prazo para gerir as unidades de saúde.

Neste trabalho é abordado como as parcerias público privadas podem ser utilizadas na gestão da saúde pública brasileira como uma alternativa aos modelos convencionais. O debate sobre as vantagens e desvantagens da utilização desta modalidade é amparado pelo estudo de caso da primeira parceria público privado do setor no Brasil, o Hospital do Subúrbio, em Salvador. O intuito desta análise é exhibir as potencialidades e os desafios para implementar parcerias público privadas no setor de saúde pública.

CAPÍTULO I – PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS E O INVESTIMENTO EM INFRAESTRUTURA NO BRASIL

I.1 – Parcerias Público Privadas no Cenário Mundial

I.1.1 – Estado forte e democrático e suas reformas

Bresser e Pacheco (2005) apontam para a necessidade de um Estado forte no capitalismo moderno, contrariando a tese de que a globalização implica no início do fim do Estado-Nação. Segundo os autores, os Estados-Nações fortes são ainda mais estratégicos nesta fase do capitalismo, pois os países estão constantemente competindo nos planos comercial, financeiro e tecnológico através do apoio que fornecem as suas respectivas empresas. Segundo os autores, um Estado forte e democrático deve reunir uma série de características políticas, financeiras e organizacionais, sendo definido como o Estado de Direito, conforme exposto no trecho abaixo:

“(...) É o Estado de Direito, ou o império da Lei. Baseia-se num sistema constitucional-legal dotado de legitimidade e efetividade, onde as instituições correspondem às estruturas sociais e econômicas existentes. Suas instituições são democráticas; permitem eleger governos com legitimidade política. Estes temas remetem à reforma política necessária. Do ponto de vista financeiro, é um Estado fiscal e monetariamente forte, suas finanças assentadas em equilíbrio fiscal, dotado de moeda estável. Aqui se encaixam reformas na área tributária e previdenciária. E do ponto de vista organizacional, o conceito de Estado forte remete a uma estrutura administrativa e a um serviço público fortes – estamos aqui diante dos requisitos da reforma do aparelho do Estado.” (BRESSER PEREIRA, L. C.; PACHECO, R. S. , 2005 : 154)

As primeiras grandes reformas da gestão do Estado forte, denominadas de reformas do serviço público ou reformas burocráticas, tiveram início na Europa e nos Estados Unidos na segunda metade do século XIX com o intuito de tornar o serviço público mais profissionalizado e efetivo, separando o público do privado e a administração pública da política. Max Weber na Europa e Woodrow Wilson nos Estados Unidos são os grandes expoentes dessa necessidade de separar a administração pública da política, expondo que a necessidade de evitar a nomeação de funcionários públicos através de critérios meramente políticos, nepotistas e clientelistas. A partir destas reformas criou-se a ideia de que o Estado Forte precisa ser ocupado por corpos profissionais permanentes, recrutados pelo mérito e mantidos na carreira estatal através de uma boa política de pessoas. No Brasil estas reformas tiveram início na

década de 1930, sendo intensificada em 1988 com a elaboração da nova Constituição Brasileira, que generalizou a entrada para cargos permanentes no Estado através de concursos públicos. Apesar da importância da dissociação da administração pública da política, Bresser e Pacheco (2005) apontam que a reforma burocrática não foi capaz de tornar o Estado mais eficiente, pois os aspectos contemplados nela são insuficientes para garantir o Estado forte e democrático. Problemas como a politização e a intermediação de interesses permaneceram recorrentes na burocracia brasileira do Século XX e são exemplos de quão incompleta a reforma burocrática foi.

As segundas grandes reformas do Estado em busca da criação de um Estado forte e democrático foram as chamadas reformas gerenciais ou reforma da gestão pública, originada no começo da década de 1980 na Grã-Bretanha, Austrália e Nova Zelândia. Além de adequar e ampliar o leque de requisitos clássicos para um serviço público profissional e competente, a reforma gerencial buscou alterar a organização e a macroestrutura do Estado e criar novos instrumentos de gestão. A ideia era tornar a organização e a macroestrutura do Estado mais adequada descentralizando as atividades não exclusivas das entidades estatais, especialmente os serviços sociais e científicos, para organizações sem fins lucrativos e terceirizando para empresas privadas as atividades de apoio. Em relação aos novos instrumentos de gestão, a ideia central é dar maior autonomia e responsabilidade ao gestor público, fazendo com que ele tenha maior liberdade na tomada de decisão e possa ser cobrado de forma mais clara e transparente sobre o atingimento dos objetivos predefinidos.

Bresser e Pacheco resumem a lógica da reforma gerencial no trecho abaixo:

“A lógica desta segunda grande reforma da administração pública, empreendida a partir da década de 1980, assenta-se, portanto, primeiro, na revisão da estrutura administrativa, transferindo para agências mais autônomas atividades exclusivas de caráter antes executivo do que de formulação de políticas, e para organizações públicas não-estatais os serviços sociais e científicos que o Estado presta; segundo, na mudança dos instrumentos de gestão, tornando os gestores mais capazes de adequar sua ação às mudanças constantes que estão ocorrendo em um ambiente social e técnico em rápida transformação.”(BREISSER PEREIRA, L. C.; PACHECO, R. S. , 2005 : 155).

Os autores chamam a atenção para o fato de que muitas vezes esta reforma é associada aos ideais neoliberais de “Estado Mínimo”, pois teve sua origem no governo conservador de Margareth Thatcher na Inglaterra e seguiu o mesmo caminho em muitos

outros países ao redor do mundo. Apesar da tentativa de alguns destes governos de substituir o Estado pelo mercado, as reformas gerenciais também foram adotadas por governos progressistas, como no caso dos países nórdicos, além de terem sido continuadas e aperfeiçoadas por este tipo de governo em países cujo a origem da reforma foi feita por parte de governos conservadores, como no caso inglês. Portanto, apesar da origem atrelada ao pensamento neoliberal, a experiência obtida com as reformas gerenciais aponta que as mesmas só fazem sentido se buscam fortalecer o Estado.

O objetivo da reforma gerencial não é diminuir o Estado pelo seu tamanho de orçamento, isto é, controlar a medida da carga tributária e dos gastos públicos, mas sim promover o aumento de eficiência por parte da gestão pública, pois apesar de alterar a organização do Estado criando novos formatos e novos vínculos de trabalho próximos aos do setor privado, a reforma gerencial não visa afastar o Estado do financiamento de tais atividades. O trecho abaixo esclarece o objetivo desta reforma:

“A reforma da gestão pública cria novas instituições e define novas práticas que permitem transformar os burocratas clássicos em gestores públicos. O objetivo central é reconstruir a capacidade do Estado, tornando-o mais forte do ponto de vista administrativo, e, assim criando condições para que seja também mais forte em termos fiscais e em termos de legitimidade democrática.” (BRESSER PEREIRA, L. C.; PACHECO, R. S. , 2005 : 155).

A reforma gerencial originou o conceito chamado de *New Public Management* (NPM) em inglês, ou Nova Gestão Pública (NGP) no caso brasileiro. Segundo Abrucco (2012) a NGP busca construir modelos organizacionais mais flexíveis ou com maior pluralismo institucional, com sua gestão focada em resultados e com novas formas de *accountability*.

Ao falar de flexibilidade organizacional ou pluralismo institucional, o autor aponta que o Estado deve buscar melhorar seu desempenho e utilizar modelos de colaboração com os setores privados e sociais, o chamado *collaborative governance*, de formar a garantir uma melhor provisão dos serviços públicos. Uma gestão com novas formas de *accountability* baseia-se na ideia de que além das formas tradicionais de *accountability*, que são a eleitoral e as formas de controle por normas e procedimentos, devem existir meios complementares de responsabilização do Estado, instrumentos que

estabelecem controles da sociedade frente aos governantes vinculados a indicadores de desempenho na prestação de um serviço público.

As parcerias público privadas surgem neste contexto como parte da implantação da NGP que vem ocorrendo ao redor do globo desde o final da década de 1980.

I.1.2 – O surgimento do termo PPP e a experiência internacional

O termo *Public-Private Partnerships* é utilizado de forma extremamente genérica em todo o mundo não possui nenhuma definição única que seja aceita internacionalmente, abrangendo em seu significado desde sociedades de economia mista, privatizações, *joint-ventures* até concessões no formato das parcerias público-privadas (PPPs) brasileiras. Segundo Yescombe (2007), o termo teria surgido nos Estados Unidos em meados do século XX para se referir a arranjos entre os setores públicos e privados para financiar programas educacionais, porém sua difusão teria ocorrido na década de 1960 para tratar de *joint-ventures* público-privadas voltadas para renovações urbanas. A partir da década de 1990 o termo passou a ser utilizado para definir contratos de longo prazo entre os setores público e privado com o objetivo de construir, manter e operar infraestruturas necessárias para o provimento de serviços públicos, com o parceiro privado sendo remunerado pelo setor público para desempenhar estas funções.

Apesar da origem do termo ser datada do século XX, a participação do setor privado na provisão de infraestrutura e serviços para o governo não é recente. Na verdade, foi somente a partir do século XIX que o Estado passou a assumir a responsabilidade de prover e manter a chamada infraestrutura social, como escolas e hospitais, que até então eram fornecidas basicamente por doações privadas ou religiosas. YESCOMBE (2007) aponta que ao olharmos para a história é possível dizer que a regra comum era o setor privado prover grande parte da infraestrutura pública, porém do século XIX em diante, houve uma ampliação e diversificação do papel do Estado, que passou a assumir funções crescentes na provisão de bens públicos. O autor aponta que as PPPs podem ser vistas como uma forma moderna de facilitar a provisão de infraestrutura por parte do setor privado, ajudando a atender a alta demanda existente nos dias de hoje.

Segundo definição do Banco Mundial, PPP é um contrato de longo prazo entre um parceiro privado e uma entidade governamental para prover um bem ou serviço, no qual o parceiro privado assume uma parcela significativa de risco e responsabilidade de gestão e tem sua remuneração atrelada a sua performance (WBG, 2014). Esta definição contempla a maior parte dos arranjos contratuais de PPPs ao redor do mundo e, portanto, será a definição do termo PPP utilizada neste trabalho ao se referir ao cenário mundial¹.

O surgimento das PPPs, no sentido indicado acima, ocorre na Inglaterra no final da década de 1980, em meio as mudanças realizadas pelo governo Thatcher em relação ao papel do setor privado no financiamento de infraestrutura pública. No início da década o governo inglês desencorajava fortemente que o financiamento de projetos de infraestrutura pública fossem feitos pelo setor privado, pois acreditava-se que este modelo iria relaxar a restrição que o governo gostaria de exercer sobre o setor público como um todo, seguindo a linha de pensamento da reforma burocrática. Todavia, com o aumento significativo do *gap* entre a demanda e a oferta de infraestrutura, ficou claro para o governo que as regras sobre financiamento de infraestrutura pública precisariam ser alteradas. Somando este fator a expansão do pensamento neoliberal, que encoraja a redução do papel do Estado até o chamado “Estado Mínimo” e o início da chamada reforma gerencial do Estado, parte da regulação inglesa sobre o assunto é alterada em 1989, flexibilizando a participação do setor privado no financiamento de infraestrutura pública.

Em 1992, durante o governo Major, é lançado o *Private Finance Initiative* (PFI), um novo modelo de concessões elaborado com o objetivo inicial de mover *off-balance* os investimentos em infraestrutura, isto é, alocar os investimentos fora do balanço do governo para diminuir seu nível de endividamento a longo prazo. Para alcançar o seu objetivo, foi desenvolvida uma estrutura contratual que fosse capaz de transferir aos parceiros privados diversos riscos relacionados ao desenvolvimento do projeto, assim como sua implementação e operação, atrelando a remuneração dele a sua performance. No modelo PFI, o parceiro privado fica responsável por construir, financiar e operar a infraestrutura pública, sendo remunerado diretamente pelo governo de acordo com o seu desempenho na operação desta infraestrutura. O governo desejava aplicar este novo

¹ Para tratar do caso brasileiro, utilizaremos o termo PPP no seu sentido restrito, isto é, aquele apresentado na Lei de PPPs.

modelo nas últimas concessões assinadas no período recente ao seu lançamento, como a concessão do túnel da Mancha, que liga Inglaterra e França (assinada em 1987), a concessão da Ponte Dartford sobre o rio Tamisa (também assinada em 1987), e a segunda ponte de Severn entre a Inglaterra e o País de Gales (assinada em 1990). Após meados da década de 1990, o foco dos projetos de PFI foi se deslocando da questão fiscal para a busca de eficiência a longo prazo. Ao comparar o PFI inglês com a definição de PPPs fornecida pelo Banco Mundial, não restam dúvidas de que este programa foi a origem das parcerias público-privadas em seu sentido restrito². Devido ao seu sucesso³, o programa inglês é tido até hoje como referência mundial nos termos de melhores práticas.

A partir da segunda metade da década de 1990 ocorre um *boom* de concessões baseadas neste modelo em diversos países, em especial naqueles em desenvolvimento com grande demanda por infraestrutura. A América Latina, em grande parte devido ao pioneirismo chileno e ao impulso brasileiro, se destacou como uma das regiões entusiastas desse modelo. Todavia, Frischtak (in. OLIVEIRA, 2013) aponta que apesar do papel exercido pela Inglaterra, as PPPs não foram rapidamente disseminadas nos países desenvolvidos, com a exceção de alguns casos no leste e sul europeu (em especial na Espanha e Portugal) e da Austrália, que é considerada pela OECD como o mercado mais maduro de PPPs (OECD, 2007).

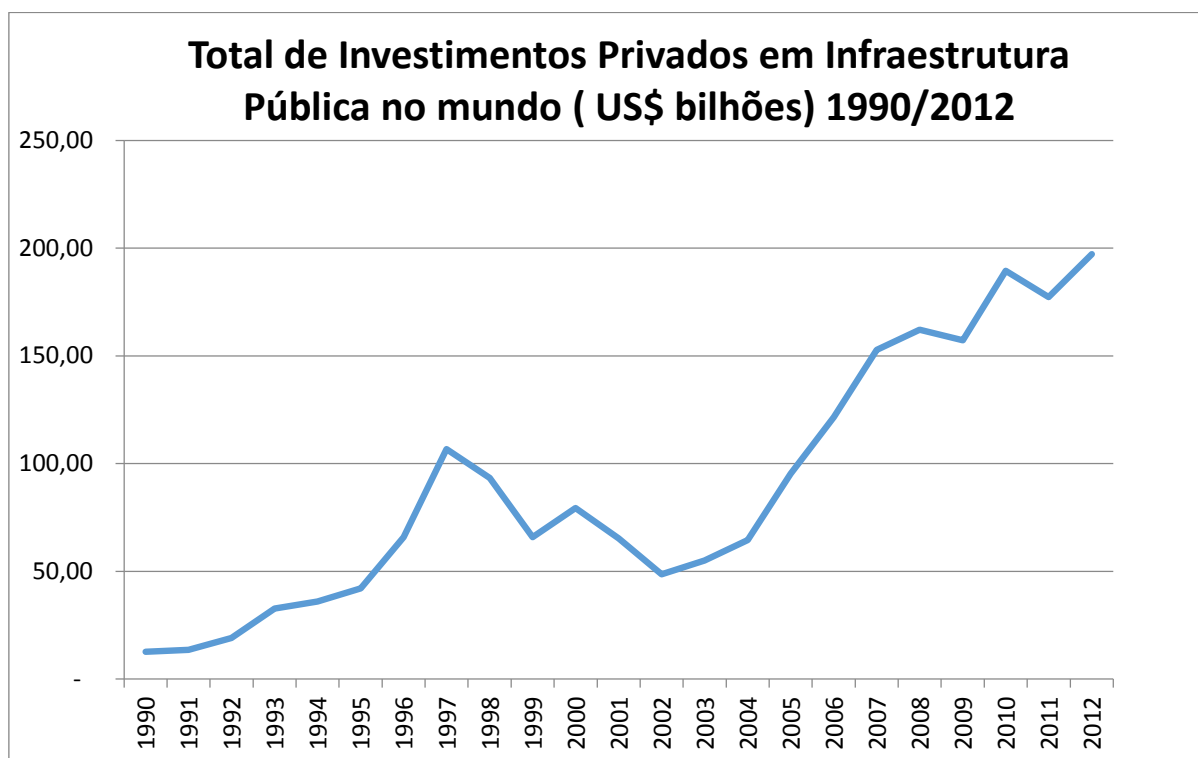
Além das concessões, muitos países também passam a realizar uma série de privatizações neste período, buscando desestatizar serviços e setores que até então eram monopólio do Estado. Como principais exemplos temos os setores de telecomunicações e energia, que sofreram um forte processo de desestatização ao redor do mundo ao longo das décadas de 1980 e 1990.

Desde que foi exposto pela Inglaterra na década de 1990, o modelo de PPPs ganhou grande destaque pelo mundo, fazendo com que o valor investido em infraestrutura pública através de investimento privado tenha aumentado consideravelmente ao longo desse período, conforme gráfico abaixo:

2 Segundo Ribeiro e Prado, “O projeto de PPPs brasileiras se assemelha ao PFI britânico tanto na estrutura econômica quanto nos objetivos dos programas”. Ver (RIBEIRO, M. ; PRADO, L..2007 : 26).

3 Desde sua implementação até a data presente já realizou mais de 700 projetos (NATIONAL AUDIT OFFICE, 2011)

Gráfico 1



Fonte: World Bank and PPIAF, PPI Project Database. (<http://ppi.worldbank.org>) Data: 26/07/2015

A experiência adquirida ao longo destas décadas com os sucessos e fracassos de diversos projetos ao redor do mundo possibilitou o aprendizado de uma série de lições sobre o funcionamento das PPPs. Frischtak (2013) aponta que no caso inglês o histórico de uso intenso desta modalidade fez com que o país fosse reconhecido por se posicionar na fronteira das melhores práticas, porém muitos outros países também desenvolveram experiências significativas ao longo dos anos, tais como Austrália, Canadá, Chile e Portugal.

Dentro as muitas lições aprendidas, Frischtak (2013) chama a atenção para o fato de que as PPPs demandam certas competências do poder público, isto é, necessitam que o poder público esteja capacitado para desenvolvê-las, devido em grande parte a complexidade existente na estruturação e celebração de um contrato de PPP. Desde a escolha adequada do projeto, que deve ter seu custo benefício comparado a outros tipos de projetos, passando pelo planejamento detalhado e meticuloso dos passos necessários para licitação, incluindo a definição dos *outputs* desejados pela administração pública e a realização de estudos de viabilidade econômico-financeira, técnica, ambiental e jurídica, até o momento da elaboração e negociação dos contratos, no qual é preciso

estabelecer um equilíbrio *ex ante* na alocação de risco, a equipe do governo responsável pela elaboração do projeto de PPP precisará ter uma alta capacidade técnica, além de ser extremamente bem assessorada.

Devido a essa necessidade de alta capacitação técnica para elaborar projetos de PPPs e os altos riscos fiscais que um projeto mal estruturado pode gerar, muitos países desenvolveram unidades de PPPs externas aos Ministérios (ou departamentos setoriais), buscando disseminar melhores práticas e procedimentos, tornar os projetos mais transparentes e, em alguns casos, até mesmo utiliza-las para filtrar projetos em seus diversos estágios, buscando mitigar a chance de oportunismo por parte do setor privado. Além disso, muitos países criaram legislações específicas para tratar de PPPs, possuindo inclusive um marco legal e regulatório mais robusto sobre o tema.

Segundo Frischtak (2013) ao analisar o conjunto de projetos realizados ao longo deste período ao redor do mundo é possível afirmar que as PPPs trouxeram ganhos de eficiência na construção de infraestrutura e na prestação de serviços na medida em que os países acumularam experiência e competência para sua contratação e fiscalização. Por outro lado, o grande índice de renegociações de contratos de PPPs aponta para a dificuldade de se encontrar um equilíbrio estável na alocação de riscos entre as partes e estabelecer uma estrutura que minimize a probabilidade de comportamento oportunista de ambos os lados.

Contratos mal elaborados e mal negociados acabam por gerar renegociações prematuras, que em muitos casos correspondem ao oportunismo tanto do parceiro privado quanto do setor público. Por serem contratos de médio e longo prazo, projetos de PPP precisam ter seu custo fiscal e seus riscos associados a contingências medidos e explicitados no orçamento, de modo a evitar que as PPPs sejam utilizadas como artifício contábil para transferir para o futuro as obrigações do presente. O grande problema de contratos mal elaborados é a incapacidade de se prever os gastos futuros, podendo comprometer por completo a viabilidade de um projeto devido aos erros cometidos antes da celebração do contrato.

Frischtak (2013) aponta também que a experiência internacional sugere que é possível obter melhores resultados, desde que o setor público se organize institucionalmente e acumule as competências necessárias para selecionar projetos consistentes com o mecanismo de PPP. Para tal, é necessário desenhar contratos mais

robustos, calcados em estudos rigorosos de viabilidade e capacidade de pagamentos dos usuários. Além disso, é importante utilizar o princípio de que os riscos devem ser distribuídos de acordo com a capacidade de cada parceiro de gerencia-los, fazendo com que o parceiro com melhor capacidade de absorve-lo assuma sua responsabilidade. Por fim, a administração pública deve ser capaz de licitar de forma transparente e objetiva um projeto de PPP, se comprometendo a fiscalizar de forma eficaz o cumprimento do contrato.

I.2 - Contexto Histórico do Surgimento das Parcerias Público Privadas no Brasil

As parcerias público privadas surgem oficialmente no Brasil no primeiro mandato do presidente Lula, tendo como marco legal a Lei 11.079/04, chamada de “Lei das PPP”. A Lei de PPPs vem para atualizar e complementar a legislação brasileira sobre concessões, que até então era baseada nas Leis 8.987/1995 e 9.074/1995, chamadas de “Leis de Concessões” e também na Lei 8.666/1993, a famosa “Lei de Licitações e Contratos Administrativos”, responsável por reger a contratação de serviços públicos. As Leis de Concessões são frutos da organização da administração pública brasileira ocorrida na década de 1990, mais especificamente da reforma gerencial iniciada em 1995, iniciada com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Com objetivo de implantar os conceitos da NGP no Brasil, a reforma buscava aumentar a eficiência da gestão pública através da criação de novos formatos organizacionais, como as agências autônomas e as organizações sociais (OS), e da criação de novos instrumentos de gestão, como as leis de concessões. O avanço do pensamento neoliberal ocorrido no Brasil nos anos 90, que pôs fim a fase desenvolvimentista e, dentre outros objetivos, buscou substituir o papel do Estado na provisão de infraestrutura através de privatizações e concessões também é parte importante da contexto de criação destas leis.

Ribeiro e Prado (2007) fazem uma interessante análise sobre o histórico das concessões no Brasil, dividindo-o em três fases: A primeira, entre meados do século XIX e a década de 1930; a segunda entre 1930 e a aprovação da Lei de Concessões em 1995, abrangendo todo o período desenvolvimentista brasileiro; e a terceira e última fase, que abrange o período da aprovação da Lei de Concessões até o presente momento. Ao compararmos esta análise com as reformas do Estado forte e democrático apontadas por Bresser e Pacheco (2005), poderíamos renomear as três fases da seguinte

forma: fase pré-reforma burocrática, fase da reforma burocrática e fase da reforma gerencial.

A primeira fase das concessões no Brasil é marcada pela carência de recursos técnicos e pela falta de capital nacional para realizar investimentos em infraestrutura, de modo que a principal função das concessões era garantir aos investidores internacionais que seus contratos não seriam interrompidos até que seus investimentos fossem amortizados e remunerados. Os autores utilizam o exemplo da construção da rede ferroviária e do serviço de transporte de passageiros, para os quais o concessionário (investidor estrangeiro) se comprometia a construir ferrovias de ponto a ponto, enquanto o Estado se comprometia a pagar todos os custos da obra e mais 6% do valor investido para remunerar o concessionário⁴. Claramente este sistema de remuneração baseada em percentual do valor gasto na obra gerava grande incentivo para o superfaturamento da obra, uma vez que quanto maior fosse a quantia gasta maior seria a remuneração do concessionário. Nesta fase, portanto, temos como característica principal das concessões brasileiras a sua completa ineficiência, que tinha como resultado um impacto negativo tanto nas contas do governo quanto no serviço prestado a população.

Já a segunda fase das concessões, entre a década de 1930 e meados da década de 1990, é marcada pelo desenvolvimentismo, período de grande crescimento econômico brasileiro baseado na forte participação estatal e no financiamento internacional. Os instrumentos legais para a intervenção direta do Estado na atividade econômica, criados no governo de Getúlio Vargas, possibilitaram a criação de diversas empresas estatais no setor de infraestrutura e indústria de base, fazendo com que as concessões perdessem a sua relevância neste período. Em geral os contratos de exploração de serviços públicos eram celebrados com entes controlados pelo próprio governo, tornando assim os contratos de concessão praticamente dispensáveis, uma vez que o governo já detinha controle sobre os entes como controlador das estatais. Nesta fase, portanto, a aplicação dos contratos de concessão era praticamente nula.

A terceira fase é caracterizada pela influência da tendência neoliberal que tomou conta do mundo a partir da década de 1980. Como ocorreu na maioria dos países, essa

4 Ribeiro e Navarro ainda apontam que não obstante o retorno e o pagamento por toda a obra, “a administração pública garantia ao concessionário a exclusividade do uso de cinco léguas de terra, para cada lado ao longo da ferrovia, as quais poderiam ser exploradas pelo concessionário e nas quais nenhuma outra infraestrutura de transporte poderia ser implantada pelo governo”. (Ribeiro e Prado, 2007: 37)

inversão do papel do Estado se deu em grande parte devido as dificuldades cada vez maiores de se financiar o crescimento da despesa pública. Além do déficit público, este período foi marcado pelo grande debate sobre o papel do Estado e a sua relação com a crise internacional, assim como por diversas mudanças estruturais ocorridas no mercado de trabalho. Após o esgotamento do segundo PND (Plano Nacional de Desenvolvimento) e das crises fiscais, cambiais e inflacionárias pelas quais o Brasil passou na chamada “década perdida”, o governo brasileiro passou a adotar medidas de cunho neoliberal, dentre elas a expansão das privatizações e das concessões de serviços públicos ao setor privado. Ribeiro e Prado (2007) apontam que as Leis de Concessões refletem a intenção de transferir para a iniciativa privada o investimento e a operação de serviços públicos, citando quatro principais objetivos, conforme trecho abaixo:

“Nesse sentido, refletem a intenção a intenção de transferir para a iniciativa privada o investimento e a operação dos serviços públicos, com objetivos, entre outros, de (a) reduzir os compromissos de investimento direto do Estado em setores nos quais é viável a exploração pela iniciativa privada, (b) permitir a concentração do Estado no provimento de serviços que não geram retornos suficientes para interessar a iniciativa privada e na regulação e fiscalização dos serviços públicos cuja exploração se tenha transferido para a iniciativa privada. Além disso, (c) buscou-se utilizar os recursos obtidos com a alienação das estatais e outros bens públicos para abatimento de dívida pública. E, por fim, (d) Pretendeu-se beneficiar a sociedade e o Estado com o aumento de eficiência trazida pela gestão privada dos serviços” (RIBEIRO, M; PRADO, L. , 2007 : 38-39)

Analisando estes objetivos podemos concluir que o Estado buscava através do regime de concessões uma forma de aliviar os gastos fiscais e também proporcionar um aumento de eficiência nos serviços prestados. Conforme será exposto adiante, A Lei de PPPs foi elaborada com o mesmo intuito, podendo ser descrita como uma tentativa de aprofundar e aperfeiçoar o modelo de concessões, baseando-se tanto na experiência internacional quanto nos aspectos desenvolvidos ao longo da história de contratos de concessão no Brasil.

I.3 – Lei 11.079/04: O marco legal das PPPs Brasileiras

O primeiro passo para entender o que são Parcerias Público Privadas no Brasil é definir o significado da expressão, considerando que existem diversos entendimentos sobre ela. Ribeiro e Prado (2007) utilizam a proposta de Carlos Ari Sundfeld e Floriano Peixoto de Azevedo Marques Neto de distinguir o termo PPP em dois sentidos: O

sentido amplo, que se refere basicamente a todas as formas de relacionamento contratual de longo prazo entre a Administração Pública e Particulares; e o sentido estrito, que se refere as formas de contratação por parte da Administração Pública expressas na lei 11.079/04, a chamada “Lei das PPPs”. Nesta seção iremos explorar este segundo sentido e como o seu surgimento impactou em projetos de infraestrutura no Brasil⁵.

I.3.1 – Definições básicas e a estrutura econômica dos contratos de PPPs

Marcos Pinto Barbosa aponta as funções das PPPs em seu sentido estrito:

“As PPPs desempenham basicamente duas funções. De um lado, elas servem para canalizar recursos privados para investimentos em infraestrutura que são essenciais para o desenvolvimento econômico do país. De outro, elas aumentam a eficiência do Estado na prestação de serviços, permitindo um melhor emprego dos recursos públicos” (BARBOSA, M. , 2005 : 2)

Conforme apontado, ao elaborar a lei de PPPs o governo buscava definir um marco legal capaz de aumentar a eficiência na elaboração de contratos de concessão e prestação de serviços públicos, tendo como objetivo final facilitar a estruturação de projetos de infraestrutura pública por meio de investimentos privados. Além disso, o projeto de PPP brasileiro também visava permitir que investimentos em infraestrutura fossem movidos para fora do balanço do governo, dada a restrição orçamentária do Estado⁶. Após um longo período de discussões a cerca do tema, a lei foi aprovada em dezembro de 2004.

O artigo 2º da Lei 11.079/04 traz a definição de PPP como um contrato administrativo de concessão, possível em duas modalidades: Patrocinada e Administrativa. Além das definições específicas de cada modalidade, o artigo 2º também estabelece algumas vedações gerais para os contratos de PPP. Para ambas modalidades o valor mínimo de contrato é de R\$ 20 milhões, com prazo mínimo de duração de 5 anos e é vedada a sua celebração caso o objetivo único seja fornecimento de mão de obra, o fornecimento e instalação de equipamentos ou a execução de obra pública.

⁵ Doravante, o termo “PPP” fará referência sempre a este sentido da expressão (*stricto sensu*).

⁶ As leis de Responsabilidade Fiscal e o Regime de Superávit Primário restringem a capacidade de endividamento do governo. Para saber mais sobre o tema, consultar Britto, P. (2005).

Segundo Ribeiro e Prado (2007) as vedações, apesar de serem normas gerais, servem para definir os moldes básicos dos casos em que se deve escolher o modelo de PPP em detrimento dos outros modelos de contratação disponíveis. Por exemplo, a complexidade dos projetos de PPP faz com que os custos de transação, que são os custos incorridos na preparação e licitação de cada projeto, sejam muito elevados. A vedação de projetos cujo valor mínimo de contrato seja menor que R\$ 20 milhões protege a utilização de PPPs em projetos de baixo valor cujo os altos custos de transação os tornariam inviáveis. Por outro lado, o artigo 5º da Lei define o prazo máximo de 35 anos para as concessões de PPPs, buscando evitar abusos tais como o contrato de concessão para construir e operar ferrovia pública celebrado por 90 anos renováveis com a Ferronorte S/A em 1989. A estipulação de um prazo máximo para concessões é outra inovação da Lei de PPPs, visando não só evitar abusos como o citado acima como também para definir um horizonte máximo de comprometimento de recursos futuros.

As concessões patrocinadas são definidas como concessões de serviços ou obras públicas, tratadas pelas leis de concessões nº 8.987/95 e nº 9.074/95, com a peculiaridade de que a remuneração do parceiro privado é composta não só pela tarifa cobrada dos usuários, como também por uma contraprestação paga por parte da Administração Pública. Como exemplo, temos o caso em que o Estado realiza a concessão de um rodovia para ser explorada por um parceiro privado, que terá sua remuneração composta pelo pedágio e por uma receita mínima garantida pelo Estado. Esta modalidade foi elaborada como meio de viabilizar que projetos incapazes de se auto-sustentarem financeiramente, mas de alto retorno econômico e social – isto é, com forte externalidade positiva, fossem implementados por parceiros privados através do pagamento das contraprestações por parte do setor público.

A inovação desta modalidade frente as concessões comuns tratadas pelas leis nº 8.987/95 e nº 9.074/95 é justamente o pagamento adicional da contraprestação pública, uma espécie de subsídio ao parceiro privado⁷. Deste modo, as concessões patrocinadas utilizam um modelo de garantia mínima de demanda, no qual o Estado garante a compra

⁷ Ribeiro e Prado (2007) esclarecem que a possibilidade de subsídio já existia nas concessões comuns, regidas pelas leis 8.987/95 e 9.074/95, através das chamadas “subvenções”, porém dependiam de autorização legal específica para sua implementação. A lei de PPP permite este subsídio independente de autorização, podendo ser entendida como uma autorização legal para tal. Apesar da aparente flexibilização para o pagamento do subsídio, a contraprestação pública é condicionada a performance do parceiro privado, tendo como contrapartida a prestação de serviços ou entrega de bens pelo parceiro que a recebe.

de uma quantidade mínima do serviço a ser prestado. Antes da Lei de PPPs o pagamento de subsídio a um parceiro privado era específico e não vinculado a prestação de serviços ou entrega de bens, podendo ser dado a uma empresa privada em um momento anterior a prestação do serviço para, por exemplo, viabilizar um investimento. Apesar de parecer trivial, esta diferença exerce um grande impacto na eficiência econômica do projeto, a ser comentado mais a frente.

A segunda modalidade de PPP, a concessão administrativa, é o contrato de prestação de serviços em que a Administração Pública é a usuária direta ou indireta do serviço, ainda que envolva a execução de obras ou fornecimento e instalação de bens. Nesta modalidade se encaixam todos os serviços cuja remuneração do parceiro privado é paga exclusivamente pelo Estado, sem cobrança de tarifa direta a população. Prestação de serviços hospitalares, de coleta de resíduos e até mesmo construção e operação de presídios são alguns exemplos que se encaixam neste tipo de PPP.

Esta segunda modalidade foi elaborada para viabilizar a utilização da estrutura econômica das concessões na contratação da prestação de serviços diretos ao setor público, permitindo que projetos que exigiam grande investimento e, portanto, necessitavam de um grande período de amortização, se tornassem viáveis. Dado que pela lei nº 8.666/93 os contratos de prestação de serviço não poderiam ter duração maior do que 5 anos, projetos que exigissem grande grau de investimento eram inviáveis para o parceiro privado, pois o mesmo não seria capaz de amortizar seus investimentos.

Conforme citado anteriormente, um dos objetivos das Parcerias Público Privadas é aumentar a eficiência do Estado na contratação de serviços públicos, permitindo um melhor emprego dos recursos disponíveis. Nesta seção veremos como a possibilidade de ganho de eficiência está diretamente relacionada a estrutura econômica dos contratos de PPP, devido em grande parte pela forma de remuneração do parceiro privado. Além disso, veremos como a alocação de riscos entre os parceiros é parte fundamental do contrato para garantir que exista um aumento de eficiência.

Assim como o programa inglês PFI, as PPPs brasileiras têm em sua estrutura econômica o setor público de um lado exigindo que o parceiro privado realize altos investimentos na construção ou melhoria de determinada infraestrutura, e do outro lado o parceiro privado buscando amortizar os seus investimentos e remunerar o capital

investido por meio da exploração dessa infraestrutura. A ideia por trás desta estrutura é maximizar ganhos de eficiência por meio de economias de escala e de escopo ao transferir para o parceiro privado o financiamento, construção e operação do projeto.

Marcos Barbosa aponta como essa estrutura contratual cria incentivos econômicos para que os particulares reduzam seus custos no trecho abaixo:

“(...)Essa estrutura contratual cria incentivos econômicos para que o particular reduza seus custos. Se o particular consegue realizar a obra a um custo mais baixo, seu lucro aumenta, já que o custo total do projeto diminui enquanto sua remuneração pela prestação dos serviços permanece a mesma. Isto significa que o parceiro privado tentará, sempre que possível, reduzir os custos da obra para aumentar o seu lucro na PPP.”(BARBOSA, M. , 2005 : 6)

Conforme exposto na citação acima, a remuneração do parceiro privado está diretamente ligada ao aumento de eficiência.

I.3.2 – Remuneração do parceiro privado

O art. 7º da Lei de PPPs estipula que o pagamento das contraprestações ao parceiro privado deve ser diretamente vinculado a performance deste parceiro na operação do serviço concedido, o que aumenta significativamente os incentivos a ganhos de eficiência por parte dele, dado que ele é responsável não só pela obra mas também pela operação do projeto. Portanto, em contratos de PPP, o setor público não especifica os “*inputs*”, mas somente os “*outputs*” desejados e vincula o pagamento das contraprestações a eles. Em outras palavras, em uma PPP o setor público não deve se preocupar em especificar no contrato como deve ser executada a construção da infraestrutura, pois cabe ao parceiro privado realizá-la por conta própria e arcar com seus custos⁸, mas deve se preocupar em especificar rigorosamente os indicadores para avaliar o desempenho da operação desta infraestrutura, pois será a partir deles que o parceiro privado será remunerado.

Pode-se afirmar que em um contrato de PPP bem elaborado e com os *outputs* desejados bem definidos, a estrutura econômica irá gerar incentivos à redução de custos

⁸ A Medida Provisória 575, aprovada em 2012, tornou possível o aporte de recursos por parte do Ente Público ainda na fase de construção do projeto, visando melhorar as condições financeiras dos projetos de PPP, dado as especificidades do financiamento público a obras no Brasil. A partir desta alteração, os custos para construção da infraestrutura não são mais exclusivos do parceiro privado. O impacto desta medida será discutido com maior detalhe ainda nesta seção.

em longo prazo por si só, uma vez que os parceiros privados são remunerados pelo Estado de acordo com a sua performance em relação a operação de uma infraestrutura e não em relação a construção ou entrega da mesma (como acontece nos contratos de obras públicas, por exemplo).

Levando em conta esta estrutura de remuneração, o comprometimento de capital do parceiro privado ao financiar o investimento em infraestrutura na primeira fase do projeto é outro grande incentivo ao aumento de eficiência do contrato, pois o parceiro precisará ter uma performance adequada para poder receber pagamentos que gerem uma taxa de retorno suficiente para remunerar o capital investido. Caso o parceiro não tenha a performance exigida pelo setor público, sua remuneração será menor do que a esperada, de modo a comprometer o seu fluxo de caixa e sua taxa de retorno sobre o capital investido.

Portanto, ao contrário da contratação na modalidade de obra pública direta, em uma PPP não faz sentido para o parceiro privado superfaturar a obra, uma vez que é o próprio que arcará com o financiamento da mesma e não receberá nenhum pagamento pela entrega dela. Por outro lado, subfaturar a obra, prática comum no Brasil que para diminuir custos compromete a segurança e a qualidade, também não faz sentido para o parceiro privado no modelo de PPP, pois irá comprometer o uso futuro da infraestrutura da qual o seu retorno financeiro dependerá diretamente durante a concessão.

Marcos Barbosa aponta para essa questão nos trechos abaixo:

“(…) A PPP impede que a qualidade da obra seja comprometida, como ocorre frequentemente na contratação tradicional, pois ela transfere ao parceiro privado não só os potenciais ganhos com a construção, mas também os riscos correlatos. O contrato de PPP não especifica como a obra deve ser executada; limita-se a estabelecer metas de disponibilidade e qualidade para o serviço. Se essas metas não forem atingidas porque as obras são inadequadas, a contraprestação devida ao parceiro privado pode ser reduzida” (BARBOSA, M. , 2005 : 6)

“O mesmo raciocínio aplica-se aos custos de manutenção e operação dos serviços. De um lado, o parceiro privado tem interesse em reduzir esses custos para aumentar seus lucros. De outro, ele também tem interesse em preservar a qualidade dos serviços, pois se esta for prejudicada, ele compromete sua remuneração. Mais uma vez, os incentivos econômicos apontam para redução de custos sem comprometimento de qualidade” (BARBOSA, M. , 2005 : 7)

O autor também aponta que a introdução de mecanismos de remuneração variável impacta diretamente nos ganhos de eficiência das PPPs, pois permite ao Estado especificar a qualidade do serviço a ser prestado e atrelar o pagamento das contraprestações à performance do parceiro privado na prestação do serviço. A vinculação direta do pagamento das contraprestações ao fornecimento de serviços por parte do parceiro privado gera incentivos para o mesmo cumprir o cronograma de entrega das obras de infraestrutura, pois caso ocorra algum atraso ele incorrerá em custos maiores e atrasará o recebimento das contraprestações, impactando o fluxo de caixa do projeto:

“Esta é outro aspecto importante das PPPs. O art. 6º, parágrafo único, da Lei nº 11.079/2004 permite a introdução de mecanismos de remuneração variável no contrato de PPP. Isso significa que a remuneração do parceiro privado está diretamente relacionada à qualidade dos serviços prestados: se os serviços atenderem às especificações do Estado, o parceiro privado recebe uma remuneração maior; se, ao contrário, o contratado falhar na execução do serviço, sua remuneração é reduzida.

De forma similar, o art. 7º da lei estabelece que o parceiro privado não pode receber qualquer contraprestação do Estado enquanto o serviço não estiver disponível. Essa determinação legal cria um incentivo econômico para que as obras sejam terminadas no prazo, pois se o parceiro privado atrasar a construção, ele arcará com os custos correspondentes (BARBOSA, M. , 2005 : 7)

Por fim, Barbosa aponta um exemplo de como essa estrutura econômica impacta diretamente na eficiência de um projeto:

“Um exemplo pode tornar mais claro o mecanismo das PPPs. Suponhamos que o Estado faça uma PPP para construção e operação de uma rodovia mediante pagamento de uma remuneração mensal por 20 anos. O contrato estabelece metas de qualidade e segurança para o funcionamento da rodovia, mas não determina qual o material e a técnica a serem utilizados na construção. Fica a cargo do particular executar a obra da forma que entender mais eficiente. O parceiro privado procurará, obviamente, formular um projeto, realizar a obra e executar os serviços ao custo mais baixo possível. Porém, atentar-se sempre para as metas de qualidade e segurança previstas no contrato, pois se estas não forem atingidas, sua remuneração será comprometida.” (BARBOSA, M. , 2005 : 7)

Em agosto de 2012 foi aprovada a Medida Provisória (MP) nº 575/2012, alterando os dispositivos de pagamentos dispostos na Lei de PPPs, mais especificamente o artigo 7º da Lei, que condicionava os pagamentos de contraprestações a disponibilização do serviço objeto do contrato. A partir desta medida

foi criada a figura do aporte de recursos do Parceiro Público para a construção ou aquisição de bens reversíveis pelo parceiro privado. Na prática, esta medida afeta diretamente o modelo de garantia de demanda mínima estipulado na formatação original da lei, flexibilizando-o de modo a tornar possível a utilização de subsídios no investimento em infraestrutura. Alves, Losso e Giovannetti (2013) defendem a ideia de que esta modificação busca adequar a lei de PPPs para o contexto atual das grandes obras no Brasil, no qual o Governo Federal financia boa parte das mesmas e, que portanto, deve haver flexibilidade legal para que estes financiamentos sejam feitos de forma mais adequada.

Os autores argumentam que são dois os principais motivos para se liberar o aporte de recursos aos parceiros privados antes da disponibilização dos serviços contratados. O primeiro seria que o adiantamento da entrada de receita aumentaria a rentabilidade do projeto, tornando menores as contraprestações a serem pagas pela administração pública e garantindo um valor menor a ser desembolsado pelos cofres públicos para garantir uma determinada taxa de retorno para o projeto. O segundo principal motivo seria o fato dos investimentos para realizar obras de infraestrutura, requererem uma grande capacidade de endividamento por parte dos responsáveis por financiar o projeto, que no formato original da lei seriam os parceiros privados. Assim como no caso anterior, a necessidade de se ter uma grande capacidade de endividamento impactaria diretamente no custo do projeto, considerando que o alto nível de dívidas comprometeria a possibilidade de diversificação de investimentos da empresa privada, e que a mesma exigiria uma taxa de retorno mais alta para comprometer uma quantidade maior de seu capital no projeto. Além disso, os autores apontam também que a MP nº 575/2012 diferencia os aportes no momento da tributação, gerando benefícios em termos de fluxo de caixa do Projeto.

Os autores utilizam o exemplo de um projeto de PPP para a construção de uma linha de metrô em uma capital brasileira para ilustrar os ganhos financeiros que a MP pode proporcionar. Supondo que a obra esteja inserida dentro do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) de Mobilidade e que o Governo Federal injetaria a fundo perdido R\$ 1,5 Bilhão no projeto, os autores chegam a conclusão de que para se obter uma taxa de retorno de 6,9% ao ano, a modelagem financeira do projeto baseada na MP referida proporcionaria uma economia de pelo menos R\$ 20 milhões ao ano para

o município⁹. Segundo os autores, esta economia se daria única e exclusivamente devido ao diferimento tributário no projeto e ao fato de que a injeção de R\$ 1,5 bilhão feita pelo Governo Federal seria realizada durante a obra, impactando significativamente na modelagem econômico-financeira do projeto. Na formatação original da Lei, este recurso só poderia ser repassado ao parceiro privado após a disponibilização dos serviços contratos.

I.3.3 – Distribuição de riscos entre os parceiros

Os riscos em uma PPP estão relacionados a resultados incertos que podem afetar tanto a provisão dos serviços concedidos quanto a viabilidade financeira do projeto. Riscos políticos, de demanda, de construção, financeiros e ambientais são exemplos de alguns dos muitos tipos de riscos que existem em um contrato e que estão espalhados por todas as fases do projeto. A repartição de riscos não só é cláusula obrigatória como é considerada diretriz fundamental na Lei de PPPs. Alocar estes riscos entre os parceiros de maneira eficiente na estruturação de projetos de PPP é um dos maiores desafios ao se desenvolver o contrato do projeto. Tal distribuição deve ser minuciosamente detalhada na Matriz de Riscos, parte do contrato destinada única e exclusivamente para este fim.

É comum a visão de que o setor público possui uma aversão ao risco muito maior do que o setor privado. A explicação para tal pode ser explicada pelo objetivo de cada setor no momento de assumir riscos: enquanto o setor público tem como principal preocupação garantir que o serviço a ser prestado seja fornecido, o setor privado tem como preocupação principal a taxa de retorno sobre o seu capital investido. Como retornos mais elevados requerem riscos maiores, o setor privado é naturalmente mais propenso ao risco do que o setor público.

Muitos autores relacionam a capacidade de inovação do setor privado a esta premissa, pois assumem que por ser mais propenso ao risco e estar mais disposto a se arriscar, tendo maior capacidade de inovar do que o setor público. Partindo desta visão, projetos de PPP possuem um potencial inovador, pois permitem ao parceiro privado assumir riscos que o parceiro público não estaria disposto em assumir para realizar inovações que aumentem a eficiência do projeto como um todo, aumentando também a taxa de retorno deste parceiro. Em projetos de PPP bem elaborados, este aumento de

⁹ Para o exemplo completo, ver OLIVEIRA, G.; OLIVEIRA FILHO, L. C. (2013, p. 203)

retorno do parceiro privado está diretamente ligado a uma melhoria na prestação do serviço ao usuário final, de modo que os ganhos de eficiência são repassados a população. Todavia, em projetos mal elaborados, a má alocação de riscos pode ser responsável por onerar um contrato, impactando significativamente no valor das contraprestações pagas pelo governo.

O racional a ser seguido para realizar a distribuição de riscos entre as partes de maneira eficiente em um contrato de PPP é simples: cada risco deve ser alocado para o parceiro com a melhor capacidade de absorvê-lo, isto é, o parceiro a assumir o risco deve ser aquele que possa gerencia-lo a um custo menor. Para tal, deve-se usar como parâmetros a capacidade de controle e a capacidade de avaliação/quantificação dos riscos. Riscos de construção, por exemplo, podem ser facilmente identificados como riscos que devem ser alocados para o parceiro privado através deste racional, pois é o parceiro privado que possui controle direto sobre este fator. Do mesmo modo, os riscos políticos claramente devem ser alocados para o setor público, pois ele pode identificar e controlar esse tipo de risco com maior facilidade.

Apesar de ser um racional simples, sua aplicação é consideravelmente mais complexa, pois muitas vezes não existe consenso sobre qual parceiro possui a melhor capacidade de absorver determinado risco a um custo menor. Cada projeto possui riscos e características específicos que, mesmo com a rica experiência internacional acerca do tema, fazem com que má alocação de riscos seja um dos principais motivos para insucessos de PPPs. Além disso, outro fator que contribui para uma distribuição de riscos ineficiente são equívocos frequentemente cometidos tanto pelo parceiro privado quanto pela Administração Pública.

Um exemplo por parte do parceiro público é a tentativa de empurrar riscos para o parceiro privado visando única e exclusivamente mover para fora de seu balanço os investimentos a serem feitos. Conforme estabelecido na portaria nº 614 da Secretaria do Tesouro Nacional em 21/08/2006, caso a parceria transfira riscos suficientes ao parceiro privado, os investimentos realizados por este são classificados como estritamente privados, isto é, não entram no balanço público. Isto significa que ao alocar riscos suficientes para o parceiro privado um contrato de PPP é capaz de não impactar a dívida pública, de forma a desonerar o orçamento público e reduzir o impacto sobre a meta de

resultado primário, uma vez que esta é impactada somente pelo valor da contraprestação pública anual do projeto.

A experiência mundial em PPPs, no entanto, aponta que um dos principais erros na elaboração de projetos deste tipo é adotá-los tendo como objetivo central desonerar o orçamento público, através do movimento dos investimentos para fora do balanço. Apesar de ser um dos resultados muitas vezes obtido através deste tipo de contratação, nunca deve ser encarado como seu objetivo inicial. O objetivo de uma PPP é gerar um aumento de eficiência na prestação de um serviço público, transferindo os ganhos para os usuários finais. No Brasil se tem visto, especialmente nas concessões feitas a partir do primeiro governo Dilma, um movimento no intuito de empurrar todos os riscos para o setor privado, independente da sua capacidade de absorvê-lo. O resultado prático é o aumento dos custos com o projeto, uma vez que o parceiro privado irá aumentar o valor de sua proposta para assumir o risco que foi mal alocado para ele no contrato.

Mauricio Portugal Ribeiro e Lucas Prado Navarro utilizam o exemplo do remanejamento de transferências imprevistas em casos de projetos de metrô para exemplificar o quão oneroso pode ser empurrar um risco para o parceiro privado de maneira equivocada¹⁰. Em projetos deste tipo, na fase de construção o parceiro privado pode se deparar com tubulações ou fiações subterrâneas que *a priori* não se sabia estarem ali, fazendo com que o projeto tenha que ser alterado e aumentando seu custo. Este tipo de risco é comum em obras que exigem perfurações em perímetro urbano e deve estar atribuído a um dos parceiros na matriz de risco de um contrato de PPP. Caso esse risco seja atribuído ao parceiro privado, será embutido na proposta comercial o valor necessário para realizar o remanejamento de todas as interferências possíveis, uma vez que o parceiro privado não tem capacidade de saber e controlar a quantidade de remanejamentos que possam ser necessários. Neste caso, a administração pública teria que pagar por todos os remanejamentos possíveis, mesmo que eles não ocorram, tornando portanto a alocação deste risco extremamente ineficiente. No parágrafo abaixo os autores apontam a forma que acreditam ser a melhor para lidar com esse tipo de caso:

“Sempre que o risco se referir a evento anódino à conduta do contratado (inclusive no que concerne ao conhecimento do próprio risco) e não puder ser por ele gerenciado adequadamente – mediante a contratação de seguros, por exemplo –, convém carregá-lo ao setor público, pois, dessa

10 Ver exemplo completo em M. RIBEIRO, L. PRADO (2007: 119)

forma, seu preço só será repassado à Administração Pública (e, no caso das concessões comuns, aos usuários) se e quando o sinistro ocorrer.” (RIBEIRO, M; PRADO, L. , 2007 : 119)

Marcos Barbosa (2005) levanta outro argumento que corrobora com a afirmação dos autores a cima, o fato de que o Estado tem uma capacidade maior de diluir quaisquer riscos entre suas atividades, promovendo uma espécie de “auto-seguro”, e portanto possuindo maior capacidade de suportar riscos que estejam fora do controle do parceiro privado. Porém, Barbosa também aponta que o Estado pode utilizar a tributação para transferir todos os seus custos a população, fazendo com que esta diluição do risco acabe por incidir diretamente na população. Partindo deste ponto de vista, o autor aponta o parceiro privado como melhor candidato para assumir riscos.

Conforme exposto acima, não existe consenso sobre para qual parceiro alocar alguns riscos. É nesse ponto que a Lei das PPPs é mais uma vez inovadora, permitindo que o risco seja alocado tanto para o parceiro privado quanto para o setor público. Na lei nº 8.666/93, por exemplo, o risco de caso fortuito e álea econômica extraordinária, deve ser sempre absorvido pelo Poder Público, enquanto que na Lei de PPPs ele pode ser fixado para qualquer uma das partes no contrato. Temos portanto espaço na Lei de PPPs para alocar os riscos de maneira mais eficiente de acordo com as especificidades de cada caso.

I.4 – Vantagens e Desafios do modelo de PPP

Uma vez compreendido o que são as parcerias público privadas no Brasil e no mundo, é importante ressaltar o debate sobre as vantagens e desvantagens do modelo. Conforme exposto ao longo deste primeiro capítulo, as PPP se apresentam como um modelo alternativo para ajudar a suprir a demanda por infraestrutura. No caso brasileiro, atualmente metade dos investimentos em infraestrutura são realizados pelo setor público, enquanto a outra metade é realizada pelo setor privado. As PPPs ganharam um peso importante nos últimos anos, em grande parte devido aos investimentos feitos em estádios para as copas, mas possuindo também projetos bem sucedidos nas áreas de saúde, transportes, energia, saneamento básico e na construção de prisões. Para se obter uma taxa de investimento suficiente para suprir a demanda por infraestrutura brasileira ambos os setores precisarão aumentar seus investimentos, porém considerando as restrições fiscais do setor público e a capacidade não utilizada de investir do setor

privado, faz sentido que o percentual de investimento em infraestrutura por parte do setor privado aumente em relação ao percentual do setor público.

As PPPs têm potencial para atrair o investimento privado para setores chaves da economia brasileira que precisam com urgência de investimentos porém que são de difícil acesso ao setor privado, como no caso da Saúde e Educação. Apesar disso, é preciso ter em mente que a adoção do modelo de PPP não é de modo algum uma panaceia, existindo uma série de fatores que fazem com que as PPPs devam ser utilizadas somente em casos que se encaixem com o perfil deste tipo de projeto. Devido a sua complexidade e suas peculiaridades financeiras, contratuais e regulatórias, projetos de PPPs que não tenham sido extremante bem elaborados possuem uma grande chance de darem errado e resultarem em um grande custo para a Administração Pública e para a população como um todo, que é a usuária final dos serviços prestados em uma PPP.

O primeiro grande debate em relação ao uso de PPPs é referente a questão financeira. Por utilizar uma estrutura em que o parceiro privado arca com os custos de financiamento do investimento em infraestrutura, projetos de PPPs muitas vezes são mais caros do que outros tipos de projetos. Isto porque em geral o Estado tem a capacidade de obter crédito a taxas mais baixas do que o setor privado, de modo que a diferença entre o custo de financiamento do setor público e o custo de financiamento do setor privado seria um custo real de projetos de PPPs, a ser desembolsado pela Administração Pública nas contraprestações a serem pagas ao parceiro privado. No caso brasileiro, uma solução para este problema foi a aprovação da MP nº 575/2012, que permite o aporte de recursos do Parceiro Público para a construção ou aquisição de bens reversíveis pelo parceiro privado, conforme comentado na seção 1.3.1. Todavia, além do custo da obtenção de crédito, projetos de PPPs possuem um alto custo de transação, devido a complexidade dos contratos a serem elaborados.

A complexidade dos contratos de PPPs é outro fator de grande debate. É notório que contratos de PPP tendem a ser complexos e incompletos, dado que não é possível prever todos os estados de natureza que venham a acontecer ao longo da vigência do contrato. Frischtak (2013) aponta que tal fato faz com que exista um elemento de risco considerável tanto para o poder concedente quanto para o agente privado, gerando um forte incentivo para ambos agirem de forma oportunista. Portanto, a alocação de riscos é

tida por muitos como a principal parte da elaboração do contrato de uma PPP, pois caso seja bem feita permite que exista um escopo para ambos os parceiros maximizarem os seus ganhos. Segundo Frischtak (2013), é a premissa de ganhos significativos de eficiência com o envolvimento do setor privado que justifica e compensa possíveis custos reais de financiamento do projeto, pois tais custos seriam como um prêmio pelo desempenho superior do parceiro oferecido pelo setor privado. Em um contrato bem elaborado, o risco do desempenho do parceiro privado ser insuficiente é mitigado através do mecanismo de remuneração do parceiro, que será sempre atrelado a sua performance e a sua capacidade de atingir os indicadores de qualidade do serviço estipulados no contrato.

Todavia, os riscos fiscais de uma PPP continuam a ser extremamente elevados em contratos mal elaborados, uma vez que o mesmo estipula uma obrigação de pagamento durante um longo período de tempo. A falta de transparência na gestão pública pode impactar em contratos de PPPs nos quais as obrigações futuras não sejam contabilizadas de forma devida, tornando as PPPs um instrumento utilizado por governos oportunistas para mascarar seu desempenho, obtendo recursos sem nenhum custo no primeiro instante e empurrando as suas obrigações fiscais para o futuro, muitas vezes para o mandato de um governo diferente.

Por fim, outro ponto delicado das PPPs é regulação e fiscalização dos contratos. Após a celebração de um contrato de PPP, é essencial que a administração pública possua meios de fiscalizar e acompanhar o andamento do contrato, de forma a poder exercer com maior eficiência os seus direitos. Caso o Estado não tenha capacidade de fiscalizar o parceiro privado com eficácia, é provável que este se aproveite da situação e da assimetria de informações para mascarar o seu desempenho e obter um retorno maior. Cabe ao Estado garantir que as devidas agências reguladoras de cada setor ajudem no processo de fiscalização dos contratos de PPPs, assim como dar a oportunidade aos usuários finais de avaliarem o serviço prestado pelo parceiro privado. Neste ponto a criação de unidades de PPP pode ser de grande ajuda, pois permite uma interação melhor entre o responsável na Administração Pública pelo contrato e as agências reguladoras que atuam no setor em que o serviço é prestado.

É importante ressaltar que a estrutura econômica das PPPs fornece uma série de incentivos ao aumento de eficiência na provisão de infraestrutura e de serviços públicos,

porém requer que o Estado possua uma estrutura suficientemente robusta e capacitada tecnicamente para conseguir dar conta da complexa elaboração e do acompanhamento necessários a este tipo de projeto. Portanto, caso o Estado não esteja preparado ou disposto a se organizar de forma a atender as demandas que a elaboração e implementação deste tipo de projeto exigem, as chances de um projeto de PPP ser bem sucedido são praticamente nulas.

CAPÍTULO II - PPPs NO SETOR DE SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRO

II.1 - A saúde pública no Brasil atual

II.1.1 – A criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

Carrera (2012) afirma que o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único que é constitucionalmente obrigado a garantir assistência integral e gratuita para a totalidade da população. Mendes (2013) aponta que o SUS cobre indistintamente todos os brasileiros com serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, de vigilância epidemiológica, de sangue, de transplantes de órgãos e de assistência à saúde. Abaixo segue trecho de Carreira (2014) que demonstra o tamanho do sistema brasileiro de saúde:

“O Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), publicação oficial do Ministério da Saúde, demonstra a existência de 5213 hospitais gerais e 1095 especializados, com um total de 6308 hospitais em 2013. Eram realizadas em média 12 milhões de internações por ano – 5,78 internações por 100 habitantes, num total de 450 mil leitos. A Rede Ambulatorial do SUS era constituída por aproximadamente 60 mil estabelecimentos, sendo realizados, em média, um bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde e 150 milhões de consultas médicas ao ano. (DATASUS, 2014).” (CARREIRA, M. , 2014 p. 29)

Carreira (2014) aponta que a criação do SUS está relacionada a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, na qual se originou a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, criada com o objetivo de analisar as dificuldades da rede nacional de serviços de saúde e sugerir e propor um novo sistema. O relatório final desta conferência e a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) garantiram a inclusão do tema na Constituição Federal de 1988, que definiu os parâmetros legais do SUS e a partir da qual ficou definido que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Segundo a autora, O SUS deu início a uma reforma setorial/sanitária tendo como princípios a universalidade, a integralidade da assistência, a equidade, a descentralização político-administrativa, a municipalização, regionalização, hierarquização e a participação da comunidade. A partir de tais princípios, temos um sistema de saúde que prega a saúde como um direito de todos, garante a igualdade

perante a necessidade, a independência das esferas federal, estadual e municipal além de permitir um controle social a partir da participação da comunidade e garantir ações de caráter preventivo e curativo, individual e coletivo na integralidade de assistência.

As Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90, definem as diretrizes gerais do SUS. A Lei nº 8.080/90 define como a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços deve ocorrer. Já a Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais recursos financeiros na área da saúde, determinado a criação de órgãos de grande importância para a saúde pública brasileira, como a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde, além de determinar a forma de financiamento do Sistema.

Além das Leis nº 8080/90 e nº 8142/90, ao longo da década de 1990 foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB), portarias do Ministério da Saúde que reforçam o poder de regulamentação do SUS, definindo os objetivos e as diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde, ajudando a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo. As principais são a NOB nº 01/91, a NOB nº 01/93 e a NOB nº 01/96. A atualização das normas e leis que regulam o SUS se estenderam após o início do século XXI, merecendo destaque a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001, voltada para a atuação dos estados e municípios na assistência a saúde e atenção básica; a NOAS/2002, com foco na regionalização e ampliação do Programa Pactuada Integrada (PPI); e a Portaria nº 399/GM, de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, consolidando o SUS e suas diretrizes operacionais.

Apesar dos muitos resultados a celebrar após duas décadas de existência, o SUS ainda tem grandes desafios a superar, sendo os principais: a universalização, o financiamento, o modelo institucional, o modelo de atenção à saúde, a gestão do trabalho e a participação social.

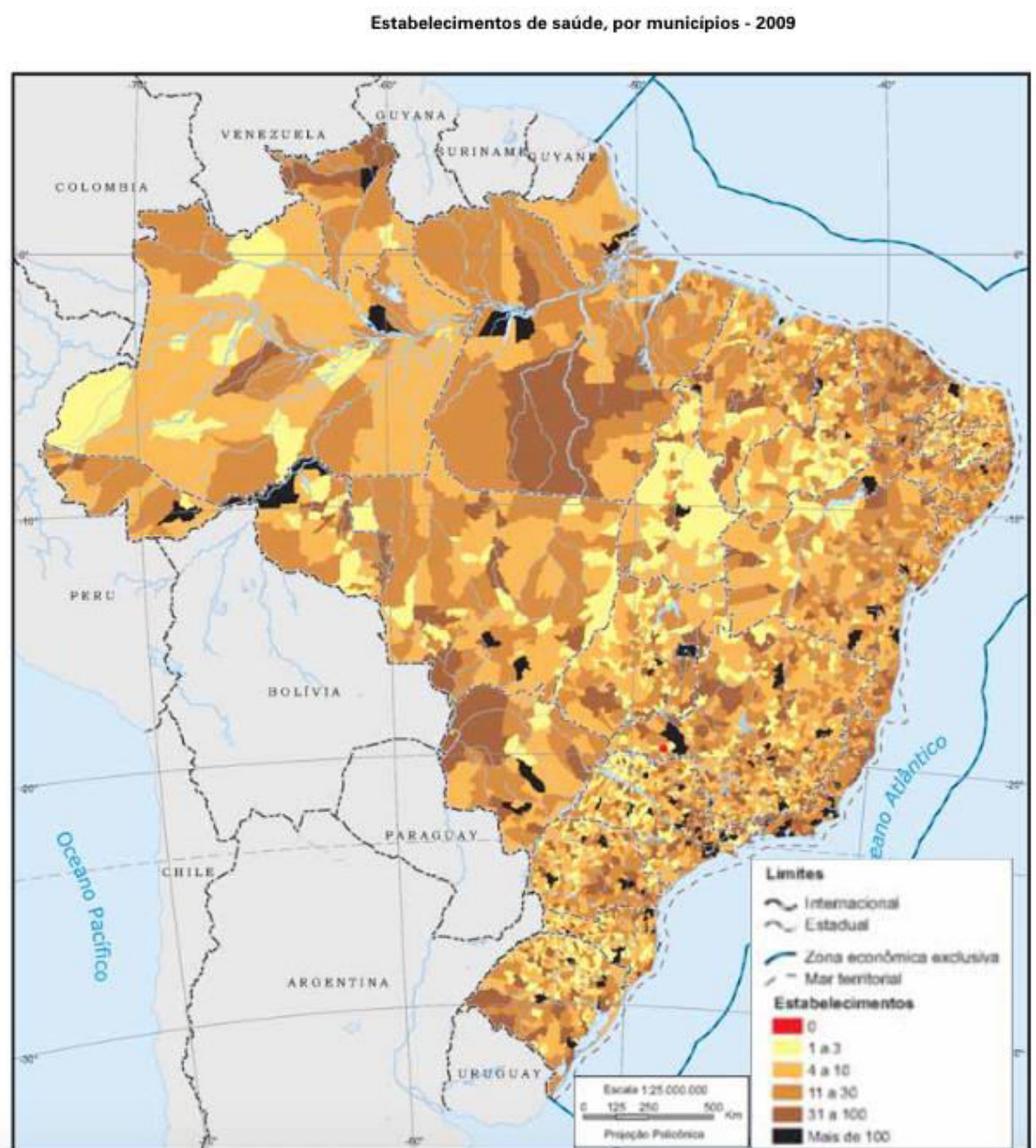
II.1.2– Panorama atual do setor

Em 2009 os dados do IBGE apontavam que o Brasil investia 8,4% do PIB em saúde (IBGE, 2009). Apesar da evolução para quase 9% do PIB apontada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2011 (CARREIRA, 2014), superando a

média global de 8,5% do PIB, o Brasil ainda enfrenta grandes desafios no financiamento da saúde pública, uma vez que para atingir as diretrizes de universalidade e integralidade de assistência propostas no SUS faz-se ainda necessária uma quantidade significativa de investimentos no setor.

O gráfico abaixo demonstra a disparidade ainda existente entre os diversos municípios brasileiros na quantidade de estabelecimentos de saúde com internação:

Gráfico 2

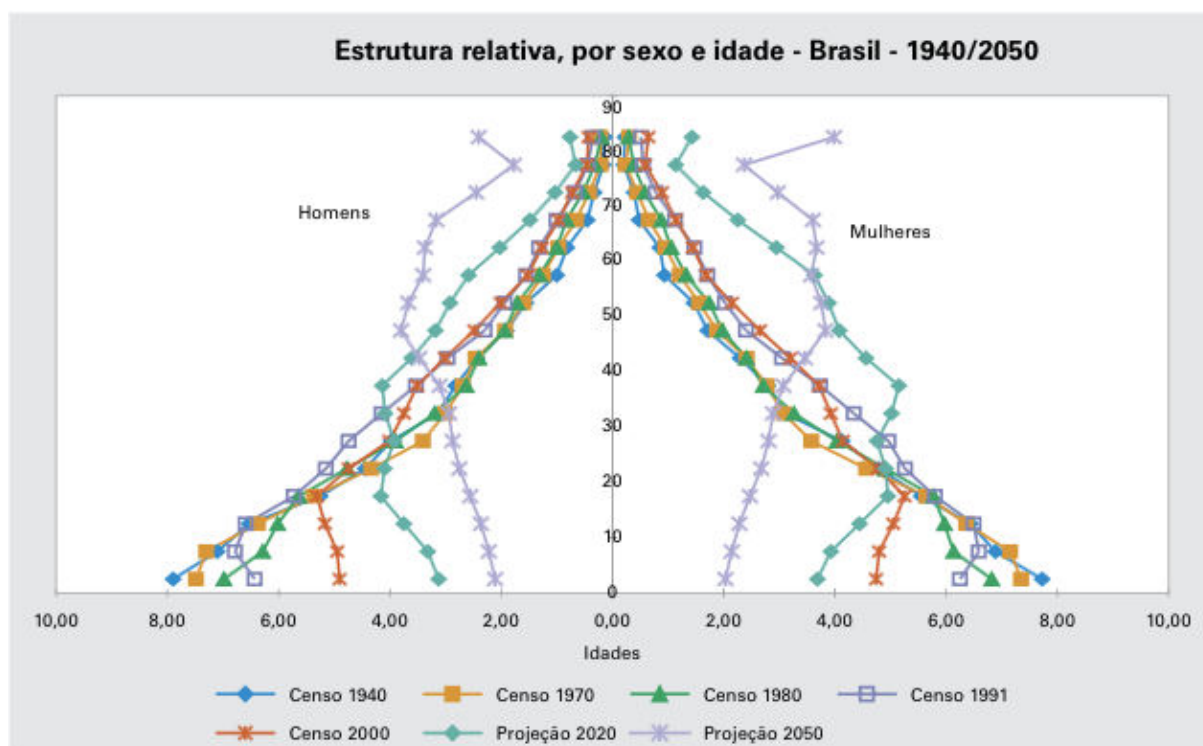


Fonte: Reprodução do cartograma 2 em IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2009.

A partir do gráfico é possível identificar que muitos municípios brasileiros ainda carecem de infraestrutura, em especial no estado de Tocantins e do Amazonas, aonde temos um vasto território em que os municípios possuem apenas de 1 a 3 estabelecimentos com internação.

Sobre os desafios enfrentados pela setor de saúde pública brasileiro, os autores apontam que a literatura sobre o tema é bastante coesa sobre o seu diagnóstico. Em primeiro lugar, chamam atenção para a alteração do perfil demográfico brasileiro. A literatura sobre o tema (FIOCRUZ, 2012; IBGE, 2009) aponta um envelhecimento da população brasileira, com uma população de perfil etário cada vez mais alto e taxas de natalidade cada vez mais controladas. O resultado pode ser visto abaixo, no gráfico do IBGE sobre evolução do perfil etário brasileiro:

Gráfico 3



Fonte: Reprodução do Gráfico 4 de: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Indicadores socioedemográficos e de saúde no Brasil, 2009.

Além do envelhecimento da população, Anker e Pereira (2013) também apontam que o padrão epidemiológico dinâmico brasileiro, com um frequente aumento de doenças crônicas, em especial doenças cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias, torna necessário um maior apoio assistencial e consequentemente maior

investimentos na área. Por fim, os autores observam que a intensificação do uso de tecnologias clínicas mais sofisticadas e que precisam ser atualizadas em um espaço cada vez menor de tempo devido as inovações e avanços científicos, assim como a intensificação do uso de medicamentos e insumos de saúde de “novas gerações”, também pressionam a demanda por maiores investimentos na área de saúde pública.

Os autores chegam a conclusão de que diante deste quadro, a discussão sobre novas modalidades de contratação na saúde pública são a melhor alternativa para superar as dificuldades de financiamento a serem enfrentadas, pois o desafio não envolve somente o aumento de recursos para saúde, mas sim uma estratégia que permita um aumento de eficiência no gasto destes.

Carreira (2014) segue a mesma linha e, conforme trecho abaixo, aponta os mesmos desafios e motivos de dificuldade para o financiamento da saúde pública:

“O desafio do financiamento deve ser analisado em dois aspectos principais: insuficiência dos recursos financeiros e qualidade dos gastos. Os serviços de saúde são caros e os gastos em saúde são altos e crescentes. (SANTO e TANAKA, 2011) Os principais motivos são: envelhecimento da população, aumento da longevidade, transição epidemiológica (doenças crônicas) e incorporação tecnológica. Diante dessa situação, alguns gestores públicos e estudiosos apostam que são necessárias alternativas à gestão pública da saúde com participação de instituições privadas na prestação dos serviços, ainda que o planejamento e a regulação permaneçam sob responsabilidade do Estado, com o objetivo de alavancar recursos e eficiência na gestão.” (CARREIRA, M. , 2014 p. 29)

Neste contexto, as parcerias público privadas surgem como uma modalidade de contratação alternativa, com o potencial de aumentar a eficiência dos gastos públicos em saúde.

II.1.3– Modelos de contratação utilizados na gestão da Saúde Pública brasileira

Existem uma série de outros modelos de contratação além das PPPs a serem utilizados na gestão da saúde pública que, caso expandidos, poderiam impactar positivamente na eficiência do setor. Dentre estes, ganhou destaque a partir de 1995 o modelo de Organizações Sociais (OS), utilizado atualmente em muitos hospitais de São

Paulo e Rio de Janeiro e que tem muito a evoluir no resto do país (ANKER e PACHECO, 2013). Cabe aqui ressaltar que nenhum deste modelos devem ser vistos como uma panaceia para todos os problemas de financiamento da saúde pública, porém devem ser encarados como alternativas viáveis na contratação de serviços de saúde pública, com potenciais e desvantagens a serem analisados de acordo com cada projeto a ser implementado.

Carreira (2014) aponta que nas modalidades de administração direta, as principais características dos entes federativos são a utilização de um regime de pessoal estatutário baseado em concursos públicos, controle das finanças regido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, regras de licitações baseadas na Lei 8.666/93 e diversos controles internos e externos, como por exemplo fiscalização contábil, financeira, orçamentaria, operacional e patrimonial. De acordo com a autora, a falta de autonomia financeira, administrativa e orçamentária faz com que as modalidades de administração direta enfrentem uma série de dificuldades. A autora retrata as principais dificuldades no trecho abaixo:

“As principais dificuldades são: pouca agilidade nos processos licitatórios (compra de insumos e equipamentos); baixo dinamismo tecnológico e dificuldade na contratação de profissionais de qualidade no número necessário. Outras disfunções dessa burocracia são: incapacidade de mudança, superconformidade às regras e procedimentos e conservadorismo crescente (NOGUEIRA, 2011).” (CARREIRA, M., 2014 p. 33)

Segundo Carreira (2014), devido a tais dificuldades e a necessidade de superá-las, a relação entre o setor público e o privado veio se tornando cada vez mais frequente na prestação de serviço público de saúde no Brasil. Com o intuito de dar maior agilidade aos processos e viabilizar um melhor funcionamento das unidades de saúde, iniciou-se a contratação de entes privados para prestação de serviços de administrativos, tais como segurança, lavanderia e nutrição. Em seguida, serviços de apoio, como diagnóstico por imagem e laboratório, também começaram a ter sua contratação oriunda do setor privado. Por fim, até mesmo serviços assistenciais diretos, como anestesia e cardiologia, passaram a ser contratados de empresas privadas. A autora aponta que o resultado desse processo foi a existência de hospitais públicos, sob a gestão direta do Estado, assumindo contratos com diversas empresas de pequeno porte e tendo que gerenciar todos eles, de forma que o controle sobre tais serviços se tornou cada vez mais difícil e complexo.

Devido as dificuldades encontradas na gestão direta, debates sobre novos modelos de contratação começaram a surgir, fazendo com que ao longo das últimas duas décadas uma série de mudanças de cunho legal originassem em novos arranjos contratuais para a gestão da saúde pública. Tais arranjos têm como objetivo melhorar a qualidade do serviço prestado através de uma melhora de desempenho dos prestadores, assim como facilitar a prestação de contas ao governo e a toda sociedade, tornando todo o processo de prestação de serviço mais transparente para os usuários finais, financiadores e governos. Segundo estudo feito por Carreira (2014), atualmente temos um total de dez modalidades diferentes de contratação na gestão da saúde pública. Na tabela abaixo temos um resumo sobre as principais características de cada uma destas formas de contratação:

Quadro 1

PRINCIPAIS MODALIDADES DE CONTRATAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA

Características	Autarquia	Fundação Estatal de Direito Privado	Fundação de Apoio	Filantropico	SSA - Associação das Pioneiras Sociais	Sociedade de Economia Mista	OS	OSCIP	EBSERH	PPP
Isenção de tributos	Sim (aplicação da imunidade recíproca)	Por prestar serviço público, a tendência é de aplicação da imunidade recíproca	Sim, por ser entidade sem fins lucrativos	Sim, por ser entidade sem fins lucrativos	Sim, por ser entidade sem fins lucrativos	Por prestar serviço público, a tendência é de aplicação da imunidade tributária	Sim, por ser entidade sem fins lucrativos	Sim, por ser entidade sem fins lucrativos	Por prestar serviço público, a tendência é de aplicação da imunidade tributária	Não
Finalidade lucrativa	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
Investimento	Público	Público	Público e Privado	Público e Privado	Público	Público e Privado (se houver acionista privado relevante)	Público	Público	Público	Privado e Público (se houver aporte de recursos)
Base legal	Decreto-lei 200/67		Lei Federal 8.958/94	Leis Federais 12.101/09 e 13.019/14	Lei Federal 8.246/91	Decreto-lei 200/67	Lei Federal 9.637/98	Lei Federal 9.790/99	Lei Federal 12.550/11	Lei Federal 11.079/04
Regime jurídico de direito	Público; é ente estatal criado por lei	Privado; é ente estatal criado por lei	Privado; é ente privado criado na forma da legislação civil	Privado; é ente privado criado na forma da legislação civil	Privado; mas foi criado por lei	Privado; sua criação é autorizada por lei	Privado; é ente privado criado na forma da legislação civil	Privado é ente privado criado na forma da legislação civil	Privado; sendo empresa pública sua criação foi autorizada por lei	Privado; é ente privado criado na forma da legislação civil
Respeito à lei de licitações (Lei nº 8.666/93) para compras e contratos	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não
Recursos Humanos	Concurso público para a contratação e ato administrativo para exoneração de servidor	CLT com concurso público para a contratação e ato administrativo para exoneração de servidor	CLT	CLT	CLT	CLT com concurso público para a contratação e ato administrativo para exoneração de servidor	CLT	CLT	CLT com concurso público para a contratação e ato administrativo para exoneração de servidor	CLT

FONTE: Reprodução da tabela 4 em CARREIRA, M. , 2014 p. 51,52.

Foge do escopo deste trabalho entrar nas especificidades de cada um destes modelos de contratação, porém é de extrema importância ressaltar a quantidade de diferentes modalidades sob as quais a contratação pode tomar forma na saúde pública.

Carreira (2014) aponta que apesar do objetivo de criação de novos modelos de contratação seja tornar o sistema de saúde brasileiro mais eficiente e transparente, ainda existe grande polêmica em relação a discussão sobre as relações público-privadas no âmbito do SUS. No trecho abaixo, Carreira (2014) aponta a ideia de Nogueira (2011) de que existem três posições acerca das modalidades institucionais do SUS:

“Para NOGUEIRA (2011), existem três posições acerca das modalidades institucionais do SUS a primeira representa os “defensores do SUS público puro”, que rejeita todas as formas de administração indireta na saúde ou parcerias público-privadas. O segundo grupo é composto pelos “defensores do SUS de gestão pública flexível”, que

rejeitam as Organizações Sociais e defendem o modelo de Fundação Estatal. O último grupo representa os “defensores do SUS mais efetivo”, composto pelos que apoiam a ideia das OSs e OSCIPs e que, em alguns casos, também defendem as Fundações.”

Seguindo a filosofia da Nova Política de Gestão, fruto da reforma gerencial ocorrida no Brasil e no mundo, Carreira (2014) afirma que a relação entre os setores público e privado precisa ser de complementariedade e não de antagonismo, explicando que apesar das experiências que apontam para a prática de comportamentos oportunistas, existem muitas outras que apontam para a possibilidade de um aumento de eficiência através da relação do Estado com grupos privados na gestão da saúde pública.

II.2 – PPP e a gestão da saúde pública

II.2.1– Experiência com PPPs na saúde

Diversos autores apontam para um crescimento exponencial dos gastos em assistência à saúde nas últimas décadas e que este crescimento seria a principal motivação para a utilização de novos modelos de contratação no setor. Conforme exposto na seção anterior, contribuem para este aumento de gastos o envelhecimento da população, as crescentes inovações tecnológicas e a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Com o desenvolvimento da Nova Gestão Pública no país, os formuladores de políticas públicas buscam superar os problemas causados por este aumento de custos não só através do aumento de seu orçamento, mas também através de novas estratégias que permitam gerar ganhos de qualidade e eficiência. É neste contexto que as PPPs surgem como uma alternativa na contratação de serviços públicos na área de saúde.

Segundo Carreira (2014), a experiência internacional aponta que existem basicamente dois modelos de PPP no setor de saúde: o modelo “bata cinza”, mais comum, no qual as PPPs são estruturadas para que os parceiros privados realizem somente serviços não clínicos; e o modelo “bata branca”, no qual os parceiros privados realizam construção/reforma da infraestrutura do hospital e prestam serviços clínicos e não clínicos. Os principais países com experiência neste setor são Inglaterra, Portugal, Espanha, Estados Unidos e Austrália.

Ribeiro e Prado (2007) utilizam o caso inglês, que é o país com maior programa de PPPs em andamento, para argumentar que projetos bem estruturados são capazes de serem implantados com sucesso no setor de saúde, cumprindo os cronogramas e orçamentos previamente estipulado e entregando serviços públicos de alta qualidade para os usuários finais. Dados do Departamento de Saúde da Inglaterra (National Helthcare Service – NHS) apontam que 16% dos projetos de PPP realizados no país são feitos neste setor, com foco na construção e reforma de hospitais e prestação de serviços não assistenciais. Todavia, o governo inglês deixa claro através de uma série de documentos do ministério do Tesouro (HM Treasury, 2004) que a implantação de projetos de PPPs só deve ser realizada quando for possível identificar um melhor *Value for Money* em relação a outros tipos de contratação. Segundo Carreira (2014), este é um esforço que tem sido feito por diversos outros países.

O caso das PPPs portuguesas é emblemático, tanto no setor de saúde quanto em outros setores, pois demonstra como PPPs mal estruturadas podem comprometer o serviço público. Carreira (2014) cita atrasos, adiamentos e postergações de obras, excessivo impacto orçamentário, gastos imprevistos, procedimentos excessivamente burocráticos e compartilhamentos insuficientes e imprecisos de riscos como motivos para o fracasso das PPPs portuguesas em um primeiro momento. De fato, ao considerarmos o padrão das boas práticas e as principais diretrizes das PPPs, o programa português conseguiu falhar em quase todos os aspectos. Todavia, a partir da intervenção da Suprema Corte Portuguesa em 2008, houve uma reversão deste quadro, com uma melhoria nos processos de contratação e seleção dos parceiros. As PPPs portuguesas em saúde passaram a contemplar a construção e manutenção dos hospitais, prestação de serviços administrativos e também de serviços clínicos. Atualmente o país trabalha tanto com o modelo “bata cinza” quanto com o modelo “bata branca”.

No caso brasileiro, Carreira (2014) afirma que a principal razão para utilizar PPP na saúde é a possibilidade de modernização da estrutura em espaço mais curto de tempo e de forma mais eficiente, com um aporte financeiro privado. A autora aponta que até junho de 2014 existiam uma série de projetos no Brasil, porém somente um em funcionamento, o hospital do Subúrbio, na Bahia. Além da Bahia, os estados de Minas Gerais, São Paulo, Distrito Federal e Amazonas também possuíam projetos de PPP na saúde, porém todos em fase de desenvolvimento, andamento ou parados devido a intervenções da justiça brasileira. Atualmente mais projetos vêm sendo desenvolvidos

em outros estados e em diversos municípios, porém fica claro que a utilização desta modalidade é novidade na gestão da saúde pública brasileira. Segundo a autora, tal demora no processo de implementação das PPPs em saúde no Brasil é fruto de uma maturação natural, devido as inovações complexas que este tipo de contratação traz, tornando necessárias mudanças institucionais e comportamentais na gestão pública.

II.2.2– Debate sobre o uso de PPPs na gestão da saúde pública

O debate sobre a participação privada na saúde pública brasileira é marcado por discursos fortes, controversos e muitas vezes embasados puramente em questões ideológicas, deixando de lado questões técnicas e teóricas que são de extrema relevância para o aprofundamento e evolução do debate. Em geral tratada como uma questão de antagonia entre aqueles que são pró-mercado e pró-Estado, a participação privada na gestão da saúde pública não deve ser vista de tal forma, mas sim como uma alternativa para dar maior eficiência ao serviço prestado, que apesar de ser fornecido por um parceiro privado ainda estará sobre a tutela e responsabilidade do Estado.

Ao tratar das PPPs como parte da Nova Gestão Pública, Abruccio (2012) é enfático no ponto de que não devemos encara-las como uma espécie de privatização ou forma de negar a capacidade da gestão pública de lidar com as dificuldades da população. Segundo o autor, até o momento não foi inventando nenhum instrumento melhor do que o Estado para resolver os problemas e dilemas da coletividade e, enquanto este debate for norteado por questões ideológicas e tentativas de associar as PPPs a ineficiência do Estado e as privatizações, não teremos grandes avanços.

Ao tratar das PPP e o SUS, Carreira (2012) deixa claro que o debate ainda está longe de tomar o rumo apontado como ideal por Abruccio (2012), expondo opiniões e discursos dos principais estudiosos e gestores da administração da Saúde pública. A autora chama atenção para o fato de que muitas vezes tais discursos tem como objetivo central atingir a população em geral e não o debate acadêmico ou teórico. Além disso, muitas vezes os discursos fazem referência à saúde suplementar e não a participação privada na gestão da saúde pública, misturando os assuntos e tornando o debate ainda mais nebuloso. Abaixo seguem alguns trechos que Carreira (2012) ressalta em seu trabalho.

O primeiro, de Ligia Bahia, sobre a inserção do setor privado na gestão da saúde pública:

“Sem um debate corajoso e transparente sobre o nosso sistema de saúde, a expansão tutelada do mercado corre frouxa. As suspeitas não explicitadas sobre o SUS fermentam a privatização. Não se diz abertamente, mas as teses sobre a relevância da entrega do serviço ao destinatário final, independentemente da origem do prestador, ressoam em alto e bom som entre os que veem mais defeitos do que qualidades na concepção do SUS. Para puxar o freio de arrumação na saúde essas polêmicas terão que vir a público” (BAHIA, L. 2011, p. 6).

O segundo de Bresser Pereira, sobre a transformação de hospitais em empresas e o papel da assimetria de informações:

“O Estado pode entender que a construção do hospital pode ser feita pelo setor privado com subsídio do Estado para depois ser alugado a uma organização social por ele patrocinada. Por que objetar contra a transformação de hospitais subsidiados pelo Estado em empresas? Porque na saúde, como na educação, o mercado não é um bom alocador de recursos. Principalmente, não garante a qualidade que os serviços de educação e de saúde devem ter. Porque os seus usuários – alunos ou pacientes e suas famílias – não têm as informações necessárias para que o mercado possa funcionar bem. A assimetria de informações é gritante. E porque o serviço mal feito nessas duas áreas é algo muito mais grave do que um mau serviço de limpeza, ou de digitação de dados” (BRESSER PEREIRA, 2011).

Por fim, trecho da própria autora sobre os textos das conferências Nacionais de Saúde e o tom radical e militante que os mesmos assumem:

“As Conferências Nacionais de Saúde são promovidas a cada quatro anos pelo Conselho Nacional de Saúde. O relatório da 13a Conferência Nacional da Saúde – “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”, realizada em novembro de 2007, recomendou: “Que o Ministério da Saúde retirasse do Congresso Nacional o projeto de lei que dá direito a contratação de serviços de saúde através de Fundações Estatais” e que fosse promovida a articulação de atores sociais “para o combate à terceirização da gestão das unidades públicas de saúde através de OSCIPs e OSs”.

A 14a Conferência Nacional da Saúde promovida pelo Conselho Nacional da Saúde em dezembro de 2011 em sua carta para a Sociedade Brasileira, apontou: “Defendemos a gestão 100% SUS, sem privatização: sistema único e comando único, sem “dupla-porta”, contra a terceirização da gestão e com controle social amplo. A gestão deve ser pública e a regulação de suas ações e serviços deve ser 100% estatal, para qualquer

prestador de serviços ou parceiros.” No caso das parcerias público privadas, a utilização de um parceiro privado para construir, financiar e operar determinada infraestrutura e serviço público abre espaço para o Estado concentrar o seu esforço em garantir a qualidade e bom desempenho na prestação daquele serviço para o usuário final.” (CARREIRA, M. 2012. p. 50)

Conforme apontado anteriormente, os trechos acima demonstram o quão confuso e recheado de questões ideológicas o debate sobre participação privada na saúde pública é. Este trabalho, todavia, irá focar nas discussões teóricas sobre as PPPs na saúde pública, abordando as suas principais vantagens e desvantagens, assim como potencialidades e desafios inerentes a adoção do modelo.

Anker e Pereira (2013) apontam como a primeira grande vantagem de se utilizar PPPs na saúde a questão da governança do contrato. O argumento é de que em contratos de PPPs que congregam vários serviços, a centralização da responsabilidade da provisão destes serviços em um único agente torna a governança contratual mais eficiente, uma vez que o governo não precisa administrar licitações e contratos com diversas empresas, tratando diretamente com uma única figura jurídica contratada¹¹. Segundo os autores, além de poupar tempo, a centralização em um único agente fornece uma ferramenta vital para a administração pública, pois, ao centralizar possíveis sanções e multas em um único agente, permite um combate mais eficiente as ações oportunistas de parceiros privados.

A segunda vantagem apontada é o estabelecimento de indicadores de desempenho no formato *output-based*, utilizados em contratos de PPPs para avaliar a performance do parceiro privado. Em contratos de PPPs, a remuneração do parceiro privado é diretamente atrelada aos indicadores de desempenho, que nada mais são do que metas e resultados a serem atingidos pelo parceiro privado ao longo do contrato. Por isso o termo *output-based*, que em tradução livre significa “baseado em resultados/saída”, pois os contratos de PPPs devem se basear na observação, mensuração e penalização dos resultados finais do parceiro privado e não em determinar minuciosamente como parceiro privado deve prestar esse serviço – que é o caso da contratação tradicional, uma espécie de contrato “*input-based*”. O desafio para o formulador de políticas públicas neste caso é ser capaz de elaborar indicadores de

11 Os autores chamam atenção para o fato de que não existe objeção para que esta única figura jurídica seja um consórcio de vários prestadores de serviços.

desempenho que sejam capazes de medir com eficácia a qualidade do serviço prestado, pois caso não seja possível é melhor abandonar o modelo de PPP e partir para outro modelo de contratação. O trecho abaixo ajuda a compreender a diferença entre contratados *output-based* e *input-based*:

“O importante não é o processo – ou seja, se um dado operador hospitalar realiza “x” limpezas diárias na recepção do hospital ou nas dependências de uma unidade de terapia intensiva ou ainda se este operador mantém um estoque auditável de “y” agulhas descartáveis ou “z” medicamentos hipertensivos. O que vale, ao fim e ao cabo, é se a limpeza das dependências hospitalares está adequada ou que um verificador independente não encontre aspectos de sujidade no chão de um hospital; ou ainda que a taxa de pacientes em crise hipertensiva tenha sua pressão estabilizada em até “W” horas e que não ultrapasse uma porcentagem delimitada. Por óbvio, o detalhamento do que se prevê de mais importante mensurar depende das especificidades do projeto e do que se deseja obter, mas a lógica é que o contrato baseie-se na observação, mensuração e penalização de seus resultados finais. (ANKER, T; PEREIRA, B. , 2013, pg. 164)

Sobre a utilização de indicadores de desempenho para avaliar a performance do parceiro privado, as parcerias público privadas permitem a adoção de sistemas de informação com o recorte e riqueza de informações que se achar necessário, permitindo inclusive uma análise mais apurada dos custos operacionais, exigindo por exemplo a utilização de plataformas computacionais para calcular o desempenho administrativo do hospital como a HIS (*Hospital Information System*) e a ERP (*Enterprise Resource Planning*). Anker e Pereira (2013) afirmam que uma quantidade cada vez maior de projetos de PPPs em saúde tem exigido a utilização de um verificador independente, como por exemplo um organização que realize uma análise imparcial e seja responsável por julgar a performance do parceiro privado na prestação de serviços. Os autores apontam que esta prática é importante não só para avaliar o parceiro privado, mas também para permitir a criação de *benchmarks* na saúde pública, através dos quais é possível realizar uma avaliação mais confiável do desempenho do setor. A criação de *benchmarks* também geram maior robustez e transparência para o projeto e a área de saúde pública como um todo, permitindo que não só a administração pública mas todos os demais *stakeholders* públicos e civis possam acompanhar de perto os dados e consequentemente o seu desempenho.

Um exemplo clássico de como a estrutura econômica de um contrato de PPP combate o oportunismo do parceiro privado faz referência a construção da infraestrutura. Em um contrato convencional para construir um hospital, por exemplo, a remuneração do parceiro privado está ligada às entregas de engenharia do mesmo, de modo que ele recebe pela entrega de fases da obra. A experiência nacional neste tipo de contratação aponta que é comum que ocorram atrasos e aumento dos custos das obras, de modo a atrasar o início da prestação do serviço público ao usuário final e encarecer o projeto. Na contratação tradicional o parceiro privado pode invocar pelo contrato um aumento de recursos financeiros devido a esses fatores, e, portanto, tem uma espécie de incentivo para permitir que eles ocorram. Já em contratos de PPPs é prática comum que o risco da construção esteja alocado para o parceiro privado na matriz de riscos, fazendo com que a ocorrência de tais eventos seja de responsabilidade única e exclusiva do parceiro privado. Os autores apontam que a mesma lógica se aplica para equipamentos públicos que demandam grande volume de recursos, caso comum na saúde pública.

Ainda sobre a questão da remuneração do parceiro, os autores argumentam que existe um aumento de eficiência pois, ao contrário da maioria dos contratos administrativos, em que os mecanismos de punição e sanção ao parceiro privado são expressos através de multas, nas PPPs a sanção é feita diretamente na remuneração que o parceiro tem a receber do Estado. Os mecanismos convencionais abrem margem para um processo de defesa que pode acarretar em um tempo considerável até que o parceiro seja de fato punido, o que de certa forma incentiva a ocorrência de comportamentos oportunistas por parte do mesmo. Já em contratos de PPP, o fato da remuneração do parceiro privado ser atrelada a performance faz com que as suas falhas na prestação do serviço público sejam descontadas quase que de forma automática do pagamento que o parceiro privado tem a receber.

O prazo dos contratos de PPP é outro ponto abordado pelos autores como vantajoso. O principal argumento para tal é o de que a lógica econômica-financeira do contrato permite que os investimentos vultosos realizados pelo parceiro privado no início do projeto sejam amortizados no restante do contrato, enquanto que em um contrato tradicional para a construção de um hospital este investimento teria que ser amortizado (e remunerado) no curto prazo. A amortização do investimento no longo prazo permite a administração pública um aporte menor de recursos no momento inicial do projeto, aliviando o orçamento do governo para realizar outros investimentos. Com

as PPPs o parceiro público tem portanto a opção de só começar a pagar as contraprestações ao parceiro privado a partir do momento em que a infraestrutura construída já estiver operante, enquanto o financiamento da construção fica a cargo da iniciativa privada.

A distribuição de riscos, fator chave para o sucesso de uma PPP, é outro potencial deste tipo de contratação. Partindo da premissa que a regra a ser seguida em contratos de PPP para a alocação de riscos é a de que eles devem ser alocados para o parceiro com maior capacidade de controlá-los e absorvê-los, este tipo de contratação no setor de saúde podem aumentar a eficiência do projeto. Empurrar todos os riscos para o parceiro privado pode parecer uma estratégia inteligente, porém seu resultado é a ineficiência e o aumento de gastos, uma vez que para aceitar um risco que ele não seja capaz de gerenciar o parceiro privado irá embutir na proposta comercial feita na licitação da concessão o custo que ele julgar justo para cobrir eventuais despesas com este risco.

Por exemplo, riscos tecnológicos, que são grandes no setor de saúde devido ao ritmo cada vez maior dos avanços tecnológicos, provavelmente serão alocados para o parceiro privado, que é quem tem maior capacidade de gerenciar-los, enquanto que riscos de demanda, que no caso da saúde estão relacionados em grande parte a surtos epidemiológicos e a uma explosão demográfica, provavelmente serão alocados para o parceiro público, que é o parceiro com maior capacidade de gerenciar-los devido ao fato de que é ele quem regula a demanda por saúde. Utilizando este exemplo, podemos fazer um exercício em que o risco de tecnologia seja alocado para o parceiro público e o risco de demanda para o parceiro privado, neste segundo caso praxe comum nas contratações comuns. Neste caso, o Estado acabaria se vendo obrigado a investir mais recursos para acompanhar os avanços tecnológicos e ainda teria de pagar um valor mais alto de contraprestação ao parceiro privado por este ter assumido o risco de demanda, que obviamente teria feito uma proposta comercial com valor mais alto na licitação do contrato.

As constantes inovações tecnológicas que ocorrem em ritmo cada vez mais acelerado no setor de saúde como um todo merecem atenção especial no debate sobre as vantagens e desvantagens da utilização do modelo de PPPs. É intuitivo pensar que tal evolução seja um empecilho para a utilização deste modelo, uma vez que os contratos

são de longo prazo e portanto em médio prazo a estrutura hospitalar e os equipamentos clínicos como um todo estariam obsoletos e ultrapassados. Todavia, a manutenção, conservação e renovação do parque tecnológico estão contempladas no mesmo contrato em uma PPP e, portanto, estão também atreladas a avaliações de performance. O Estado tem nas PPPs, portanto, uma ferramenta muito mais flexível para realizar este tipo de serviço se comparado com as contratações comuns, que devem seguir a Lei de Licitações brasileira e portanto estão sujeitas a sua rigidez. Segundo os autores, por ser uma das principais partes do escopo de PPPs em saúde, é razoável assumir que o nível de qualidade exigido seja extremamente alto, sendo o seu não cumprimento mais uma vez atrelado diretamente a remuneração do parceiro privado.

Apesar das muitas potencialidades para a utilização do modelo de PPPs na saúde brasileira, existem contudo alguns fatores que podem dificultar e se tornar grandes obstáculos para a sua implementação. O primeiro deles é referente a tributação sobre o parceiro privado, que quando comparado ao modelo de empresas filantrópicas que é amplamente utilizado na contratação de serviços na saúde pública brasileira torna as PPPs projetos mais onerosos.

Por lei, o parceiro privado que assumir um contrato de concessão no modelo de PPP deverá ser uma Sociedade de Propósito Específico (SPE), que é completamente apartada do patrimônio de seus cotistas, com o intuito de evitar a contaminação financeira do projeto devido as atividades das empresas que fazem parte da SPE e possibilitar o financiamento por meio de *Project Finance*¹². Todavia, a SPE é uma estrutura de direito privado e portanto sujeita ao regime tradicional de tributação de uma sociedade comercial de direito privado. Por ser um projeto de construção e operação de infraestrutura de um serviço público, no caso da saúde a construção/renovação de um hospital e a prestação de serviços não clínicos e/ou clínicos, a PPP em saúde sofre uma dupla tributação. Isto porque existem tributos federais que incidem diretamente sobre a empresa responsável pela construção da infraestrutura, que será contratada pela SPE e também sobre a receita da prestação de serviço e da contraprestação pública a ser recebida pelo SPE. Desta forma ocorre uma bitributação, pois a empresa construtora

12 Com uma estrutura de SPE, o financiamento do projeto em geral é feito sob a forma de *Project Finance*, que ignora o nível de endividamento dos acionistas e se baseia no fluxo de caixa projetado do projeto. É praticamente inviável o financiamento de projetos de PPP através do modelo convencional de finanças corporativas, no qual a análise é feita em cima dos ativos da empresa e o seu nível de endividamento, pois a SPE não possui nenhum ativo ou dívida no momento em que é formada.

terá de pagar os tributos federais (PIS/COFINS), Imposto de Renda (IR) e Contribuição Social sobre Lucro Líquido (CSLL), enquanto que a SPE terá de pagar estes mesmo impostos além de outros tributos municipais caso não seja isenta deles, como o Imposto sobre Serviços (ISS).

As empresas filantrópicas, por sua vez, são isentas de uma série de tributos, como no caso das Organizações Sociais, que representam parte significativa do mercado de operadores hospitalares do país. Ao comparar as PPPs com as OS e outros tipos de empresas filantrópicas, temos uma clara desvantagem, pois o projeto acaba por se tornar muito mais oneroso devido as diferentes tributações que as SPE e organizações filantrópicas estão sujeitas. Além disso, a existência de uma bitributação para realizar as obras de construção torna o modelo de PPPs mais oneroso frente ao modelo tradicional de contratação direta, no qual a administração pública contrata a construção e o serviço separadamente e, portanto, não incorre no custo de uma dupla bitributação.

Outra dificuldade para implementar PPPs no setor de saúde se encontra no tempo para sua execução. Por ser um contrato mais complexo, que muitas vezes exige a criação de leis específicas ou até mesmo a constituição de novas garantias por parte da esfera governamental responsável pelo contrato, faz com que o tempo para a elaboração do projeto seja maior, dependendo muitas vezes da contratação de consultores externos especializados. Essa necessidade dos contratos de PPPs faz com que muitas vezes os governantes os deixem de lado, com medo de começarem o projeto e o seu resultado só ser exposto em um governo seguinte que não seja o seu.

A adoção de PPPs por parte de municípios, que fornecem parte considerativa das unidades de saúde no Brasil, é dificultada devido a restrição imposta na Lei de PPPs para gastos correntes com PPPs dos entes federativos, que atualmente é de 5% da Receita Corrente Líquida (RCL). Essa imposição significa que um determinado ente federativo só pode gastar 5% de sua RCL em PPPs. No caso dos municípios, cujo orçamento é em geral bastante reduzido, a contratação de mais de um projeto de PPP tornasse muitas vezes inviável, dado que são contratados de longo prazo com valores vultoso. No caso de projetos na área de saúde existe uma quantidade considerável de modalidades de contratação, inclusive com as quais os governantes já estão mais habituados, fazendo com que na maioria das vezes caso o governante tenham de abrir mão de um projeto de PPP em função de outro, o projeto de saúde tenha uma chance

maior de ser realizado sob a forma de outra modalidade de contratação. O fato das PPPs de saúde serem concessões administrativas, nas quais toda a remuneração do parceiro privado é feita através da contraprestação pública, torna a restrição de 5% da RCL ainda mais dura para os municípios. Anker e Pereira (2013) ressaltam que a sanção pelo não cumprimento desta restrição imposta pela lei é simplesmente a impossibilidade do ente federativo de receber transferências voluntárias ou garantias federais, fazendo com que os incentivos para os entes federativos a cumpram sejam bem claros.

Por fim, os autores apontam que as concessões administrativas, que são o tipo de PPP adotada na área de saúde, em geral consomem muito mais garantias públicas do que as concessões patrocinadas, comumente utilizadas em outros setores de infraestrutura pública. Isto faz com que os entes federativos que não possuem ativos para dar em garantia, o que, infelizmente, é a realidade da maioria dos entes do país, ou até mesmo não estejam aptos a fazê-lo por não possuírem limites em função das medidas de responsabilidade fiscal sejam impossibilitados de adotar o regime de PPPs na saúde pública.

O capítulo seguinte vai demonstrar na prática as implicações do uso de PPPs na gestão da saúde pública, a partir da análise da primeira realizada neste setor no Brasil, o Hospital do Subúrbio. Ao final da análise será feita uma conexão entre os pontos apontados nesta seção e o projeto, demonstrando como as potencialidades e desafios do uso de PPPs foram determinantes.

CAPÍTULO III – ESTUDO DE CASO: HOSPITAL DO SUBÚRBIO

III.1 – Descrição e análise do projeto

O Hospital do Subúrbio (HS) fica no subúrbio ferroviário de Salvador, uma das áreas mais pobres da cidade na qual a renda média das famílias na região é menor do que 1,2 salários mínimos. Com grande densidade populacional, seu território abrange uma população de 600 mil habitantes, além de mais 400 mil em outros bairros e municípios vizinhos. A região se localiza próxima a rodovia federal BR-324, que liga Salvador a Feira de Santana, o segundo maior município do Estado baiano, e é conhecida pelo seu alto índice de acidentes. A localização do hospital é estratégica para evitar que os acidentados na rodovia precisem atravessar Salvador inteira para serem internados no Hospital Geral do Estado (SOUZA, 2012).

Segundo Mara Clécia Dantas Souza (2012), assessora especial de gabinete da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) na época da construção do hospital e Diretora de Ciência e Tecnologia do projeto de PPP do Hospital do Subúrbio, o hospital possui um perfil de urgência-emergência, contemplando em seu planejamento inicial 20 leitos de UTI adultos, 10 de UTI pediátricos, 20 semi-intensivos adultos e 10 de semi-intensivos pediátricos. O hospital conta ainda com todo o apoio diagnóstico necessário, equipado para permitir a realização de diversos exames necessários para atendimentos de urgência-emergência. Localizado em uma área de 19 mil m², o hospital é basicamente horizontal, possuindo somente um pavimento superior, que contempla a área administrativa e a área de internações.

Ao contrário do modelo tradicional de PPP, o Hospital do Subúrbio foi construído com investimento direto do Estado, através de contratação direta, sendo o escopo do projeto de PPP somente a operação e manutenção do hospital, incluindo serviços clínicos e não clínicos. A Ordem de Serviço para a construção do hospital foi emitida em 22 de outubro de 2008, porém a obra foi iniciada somente em janeiro de 2009 devido a problemas relacionados ao fato do hospital se localizar ao lado de uma área de proteção ambiental e a descoberta de que haviam 100 toneladas de resíduos tóxicos enterrados no terreno da construção (CARREIRA, 2012). Apesar do interesse em desenvolver uma PPP em saúde do Secretário de Saúde da Bahia na época, Jorge

Solla¹³, o Hospital do Subúrbio foi construído de forma tradicional pois a SESAB tinha recursos suficientes para construí-lo sem ajuda da iniciativa privada e era a grande necessidade de um novo hospital na região, fazendo com que a licitação da obra ocorresse antes da decisão de adotar o modelo de PPP.

Segundo Carreira (2012), apesar de possuir verba suficiente para construir o hospital, a SESAB não possuía previsão orçamentária para realizar os investimentos em aquisição e manutenção dos equipamentos necessários. Após descartar a utilização de outros modelos de contratação, no início de 2009 o Secretário de Saúde consultou a Secretaria de Planejamento sobre a possibilidade de utilizar uma PPP na gestão do Hospital do Subúrbio e, com o parecer favorável, marcou uma reunião com o Comitê Executivo de PPP da Bahia, responsável pela unidade de PPP do estado. O comitê também deu um parecer favorável ao desenvolvimento deste projeto no Hospital do Subúrbio, autorizando o início dos estudos para elaboração do modelo.

Em abril de 2009, o governo da Bahia realizou um novo convênio com o Programa de Fomento a Participação Privada em Infraestrutura (PFPP)¹⁴ para implementar a PPP do Hospital do Subúrbio. O *International Finance Corporation* (IFC) e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) auxiliaram o governo na estruturação do projeto, incluindo os estudos técnicos e a análise de viabilidade, a redação da minuta e da versão final do edital e do contrato, o mapeamento de potenciais investidores e a condução de *Road show* para divulgação do projeto, além da implementação de todo o processo licitatório, incluindo o leilão (CARREIRA, 2012).

É importante ressaltar que o projeto da primeira PPP na saúde pública brasileira surgiu em um governo do Partido dos Trabalhadores (PT), tido como partido de esquerda no quadro político nacional, mais especificamente no mandato do governador Jaques Wagner na Bahia. Souza (2012) aponta que foi preciso superar as questões ideológicas do partido para realizar a PPP e que isto foi um grande desafio interno. No trecho abaixo, a autora aponta a importância do Secretário Jorge Solla neste sentido:

13 Jorge Solla entrou em contato com o modelo de PPP através de uma viagem feita no início de 2008 para Espanha junto com o então governador, Jaques Wagner, aonde conheceram o projeto da Comunidade Autônoma de Madrid de construir 7 hospitais utilizando PPPs.

14 O PFPP é uma parceria entre o BNDES, o IFC – Braço do banco mundial responsável pelo desenvolvimento do setor privado no mundo e o BID (Banco interamericano de desenvolvimento). O governo da Bahia já havia firmado um convenio com o PFPP para assessorar a concessão do Sistema Rodoviário BA093, que também foi realizada via PPP.

“Mesmo no governo do PT, resolveu-se fazer uma PPP, o que para nós representou um desafio interno bastante significativo. Mas o secretário Jorge Solla é uma pessoa arrojada e, para ele e a maior parte dos profissionais da secretaria de saúde, é importante que o SUS mantenha seu atendimento público, gratuito e universal. se o prestador de serviço é uma instituição privada de qualidade, não há nenhum problema em se fazer uma parceria com esse tipo de lógica. então, instituímos nossa primeira PPP.”(SOUZA, M. 2012, p.30)

Este trecho, que para muitos pode não apresentar grande relevância, aborda um dos principais desafios para a elaboração de uma PPP: a necessidade de um *mindset* correto por parte do formulador de políticas públicas. Conforme apontado em outras seções, a motivação por trás da elaboração de um projeto de PPP deve ser a vontade de aumentar a eficiência do serviço a ser prestado. No caso do Secretário Jorge Solla, a motivação era realizar um projeto que permitisse o acesso à saúde pública de forma gratuita e universal e de forma mais eficiente, independente da modalidade da contratação e do fato de que se terá um agente privado fornecendo um serviço público.

Realizar projetos de PPP com foco no desempenho e qualidade do serviço prestado e não em discussões ideológicas é o primeiro passo a ser tomado para que os mesmos sejam bem sucedidos. No caso do Hospital do Subúrbio, antes de definir que o modelo de gestão seria realizado através de uma PPP, o governo da Bahia estudou uma série de outras alternativas, como a implantação de um regime de OS, criação de uma fundação Estatal e até mesmo a contratação de empresa privada para prestar parte dos serviços do hospital. Somente após o estudo e comparação entre todas estas opções o modelo de PPP foi o escolhido para ser adotado.

Segundo relato de Souza (2012), o discurso do governador da Bahia na época preconizava a modernização dos serviços públicos, o que ia de encontro com o objetivo principal da SESAB, que era montar uma parceria capaz de fornecer um serviço hospitalar de grande qualidade. Apesar dos poucos questionamentos políticos, houve grande debate junto aos sindicatos, em especial ao Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia, que não aceitaram com facilidade, ou não aceitaram de forma alguma, a hipótese de utilizar esse modelo de contratação na saúde pública. Carreira (2012) aponta que o principal questionamento da comunidade girava em torno da questão do “SUS 100% gratuito” e se a adoção do modelo de PPP acarretaria em uma cobrança direta dos usuários. Foi necessária uma audiência pública para explicar o projeto e esclarecer que seria feita uma concessão administrativa, na qual não existe cobrança direta do usuário

final e toda a remuneração do parceiro privado é oriunda da contraprestação paga pela administração pública, de acordo com a performance do parceiro. Carreira (2012) destaca um trecho do discurso de um dos integrantes da SESAB para justificar a adoção da modalidade de PPP:

“A convicção grande que nós temos aqui na Sesab, é que o poder que o Estado tem que ter é o poder de Estado, através da política pública. E a operacionalização disso, não. O controle deve ser se o atendimento está sendo feito, se está sendo feito de forma adequada, se o dinheiro está sendo bem empregado e se o custo está adequado.” (CARREIRA, M., 2012. p. 62)

A elaboração do projeto levou em torno de 9 meses, partindo do momento da assinatura do convenio de consultoria com o IFC até a realização da audiência pública, tempo excelente para a estruturação de uma parceria público privada em uma área inédita no Brasil. Segundo os consultores do IFC, a falta de experiência nacional no tema fez com que eles gastassem a maior parte deste tempo na modelagem do edital, pois não existiam parâmetros ou outros modelos similares no país.

A SESAB apontou que uma contribuição importante do IFC para o projeto foi a definição de que o hospital deve ser acreditado a cada 24 meses de operação. A acreditação é uma certificação específica de instituições de saúde feita pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), desenhada para avaliar e diagnosticar o desempenho dos processos das instituições de saúde. Chamada de “educação continuada”, é vista não como uma fiscalização mas sim como um meio de garantir o bom desempenho e qualidade do serviço prestado, sendo seu principal objetivo desenvolver um plano de ações para todos os segmentos e serviços do hospital para melhorar o seu desempenho de acordo com aquilo que for diagnosticado na avaliação. De certa forma, a acreditação pode ser vista como uma ferramenta importante a ser usada pela concessionária para atingir suas metas de desempenho.

O projeto foi regido pela Lei Estadual 9.433/05, a Lei de PPPs do Estado da Bahia; pela Lei Federal 11.079/04, a Lei de PPPs brasileira; pela Lei Federal 8.987/95, a Lei de Concessões; e pela Lei Federal 8.666/93, a Lei de Licitações, além de outras normas. De acordo com essas leis, foi feita a convocação de parceiros de todo o Brasil, através de licitação pública. A escolha de um modelo de gestão ancorado pelos resultados foi feita com o intuito de atrair e selecionar os melhores parceiros para a

licitação, capazes de oferecer um serviço de maior qualidade ao menor preço possível, fazendo com que o Estado obtivesse ganhos de eficiência com o projeto.

O leilão da concessão foi realizado em São Paulo, pela BM&FBOVESPA. A decisão de realizar o leilão fora do estado foi do próprio governo, que procurou demonstrar transparência através desta medida, além de dar visibilidade para o projeto e por consequência atrair o maior número de concorrentes possíveis. A SESAB acreditou que realizar o leilão deste modo passaria a mensagem de que não estavam escolhendo amigos ou tentando direcionar o projeto para algum determinado agente local, porém havia o receio de que o ato fosse visto como uma tentativa de “leiloar a saúde pública”. Independente do local ou do nível de transparência e credibilidade do processo, a visão do sindicato se manteve, afirmando que aquilo era uma “Privataria da Saúde” e que independente da transparência do processo licitatório, o ato do leilão era abominável por si só (CARREIRA, 2012).

O critério de avaliação das propostas foi composto por uma nota ponderada da proposta econômica e da qualidade técnica da mesma. A proporção da nota final era de 90% para a nota da proposta econômica, que deveria oferecer o valor de contrato mais baixo possível, e de 10% para o índice técnico, que deveria ser o mais alto possível. O leilão teve apenas 2 concorrentes, o consórcio Prodal Saúde S.A., uma Sociedade de Propósito Específico (SPE) formada pelo consorcio da Promedica, empresa nacional que administra outros hospitais na Bahia e que participou ativamente da consulta pública do projeto e a Dalkia, empresa francesa especialidade em serviços de saúde; e o Consórcio Salvador Saúde, composto pelos grupos Vita e Facility. O Consórcio Salvador foi desclassificado por apresentar uma proposta econômica muito acima do valor de limite, fazendo com que o consórcio Prodal fosse declarado vencedor da licitação sem que houvesse uma concorrência efetiva.

Apesar de terem recebido nota técnica máxima pela sua proposta, não possuir um concorrente de fato na licitação provavelmente ajudou a Prodal a conseguir o valor máximo de contraprestação anual permitida – R\$ 103.500.000,00. Foram levantados questionamentos sobre a falta de mais concorrentes e sobre o fato do único concorrente da Prodal ter oferecido uma proposta fora do padrão, com o valor da contraprestação anual de aproximadamente 200 milhões de reais. Argumentou-se, porém, que o curto espaço de tempo para divulgação do projeto, o baixo preço exigido pelo governo e o

fato de ter sido a primeira PPP na área de saúde fizeram com que muitos possíveis interessados desistissem de elaborar propostas para o projeto.

A PPP do Hospital do Subúrbio teve o contrato de concessão administrativa assinado em 28/05/2015 entre o Estado da Bahia e a concessionária Prodal Saúde S.A., com a obra finalizada em 13/09/2010, 18 meses após o seu início, e o atendimento a população iniciado no dia seguinte. O contrato prevê um período de concessão de dez anos para a operação e manutenção de serviços clínicos e não clínicos no Hospital, renovável por mais dez anos mediante a análise do desempenho da concessionária a ser iniciada no oitavo ano de contrato.

Ao estipular o prazo em dez anos, o governo baiano procurou estabelecer um contrato de longo prazo que fosse capaz de atrair profissionais de outros estados, de modo a garantir uma estabilidade maior a estes profissionais para que eles se estabelecessem na região. Comparado aos contratos de OS, nos quais o prazo é de um ano e portanto é de extrema dificuldade atrair profissionais de outras regiões, o contrato de PPP cumpriu bem o seu dever. Ao longo do processo de consulta pública houve uma pressão por parte dos parceiros privados para que o contrato fosse de vinte anos de concessão, porém o comitê responsável pela elaboração da PPP entendeu que este era um prazo extremamente longo para a primeira parceria na área de saúde, e, dado a inexperiência nacional era melhor realizar um contrato de dez anos renováveis por mais dez.

O projeto incluiu a instalação, montagem e operação do Hospital pelo parceiro privado, com reversão dos bens fixos no final do contrato. O investimento inicial em infraestrutura feito pelo parceiro privado foi de aproximadamente R\$ 36 milhões, com a maioria deste valor voltado para a compra de equipamentos médicos. O contrato não contemplou a reversão de todos os bens ao final do projeto pois, por ser um contrato de longo prazo, acreditasse que a vida útil dos equipamentos estará completamente exaurida no final dos dez anos. O argumento foi de que não faria sentido receber estes equipamentos e sim que fossem repostos pelo parceiro que assumisse a parceria nos dez anos seguintes.

A remuneração do parceiro privado foi elaborada de forma que o pagamento das contraprestações fosse vinculada ao seu desempenho, baseado tanto em metas quantitativas quanto em metas qualitativas. Foram desenvolvidos 31 indicadores de

desempenho no projeto, de modo a garantir a qualidade do serviço prestado. O valor de contraprestação a ser paga é definido de acordo com a ponderação de 30% para as metas de qualidade, e de 70% para as metas de quantidade, também chamadas de metas de produção, sendo a ponderação destas feita de acordo com o peso de cada atividade (internação, atendimentos, ambulatoriais e SADT) nos custos totais do hospital. Carreira (2012) chama atenção para o fato de que os contratos de gestão de saúde pública que existiam na época, especialmente os de Organizações Sociais, previam uma remuneração baseada 90% em produção e somente 10% em qualidade. Isso fez com que houvesse certa contestação por parte do parceiro privado para alterar a ponderação da contraprestação, porém o governo da Bahia alegou que o único meio de se obter uma ferramenta de controle e cobrança do parceiro privado confiável era através de um impacto no seu retorno financeiro, e portanto não abriu mão da ponderação planejada.

Em relação as garantias de pagamento, que no Brasil são motivo de grande atenção dos parceiros privados no contrato devido a fama de mau pagador que o Estado brasileiro possui, a SESAB optou por utilizar um método inovador de fundo pagador, ao invés do tradicional fundo garantidor. Através da criação de uma lei específica, o estado baiano criou um mecanismo em que a receita proveniente do Governo Federal para o Fundo de Participação dos Estados (FPE) passe na conta ligada à agência de fomento do Estado da Bahia (DESENBAHIA), uma entidade privada, segregando nesta conta uma parte deste montante para pagar as PPPs. Desta forma o dinheiro é desvinculado da conta única do estado, garantindo o pagamento de forma automática e sem meios de ser barrado pela Secretaria da Fazenda. Em outras palavras, o dinheiro do Governo Federal entra na conta da DESENBAHIA, aonde é retirado o montante necessário para o pagamento das contraprestações das PPPs existentes, com o restante retornando ao Tesouro. Deste modo o pagamento mensal da contraprestação está garantido ao parceiro privado, independente de quem sejam as pessoas que estejam no governo na época.

A distribuição de riscos do contrato foi feita de forma que a concessionária é responsável por todos e quaisquer riscos, exceto aqueles imputados para a administração pública no contrato. No trecho abaixo Carreira explicita quais são estes riscos:

“A alocação de riscos foi definida em contrato como sendo integralmente da concessionária. As exceções colocadas foram: decisão judicial ou administrativa que impeça a concessionária de prestar os serviços; descumprimento, pelo Poder Concedente, de suas obrigações contratuais ou regulamentares; fatores imprevisíveis de consequências incalculáveis

ou casos de força maior que não possam ser objeto de cobertura de seguros; alteração de encargos; alterações na legislação ou tributos que alterem a composição econômico-financeira da concessionária; e omissão ou falhas na regulação ou funcionamento da rede de saúde pública, em especial quanto à remoção e transferência de usuários do hospital, que comprometam o atingimento dos indicadores quantitativos e dos indicadores de desempenho da concessão.” (CARREIRA, M. 2012, p. 67)

Segundo Carreira (2012), os controles e auditorias do contrato são realizados pela Auditoria Geral do Estado, vinculada à Sefaz; pela Auditoria do SUS-BA, vinculada à Sesab; e por uma empresa de auditoria externa selecionada pela Secretaria da Saúde, além dos órgãos de fiscalização, como o Tribunal de Contas.

Desde sua inauguração até o momento o Hospital do Subúrbio vem apresentando um resultado extremamente positivo, sendo reconhecido pela população, pela mídia e no meio acadêmico como um caso de sucesso. Segundo dados levantados por Carreira (2012), em dezembro de 2011 o Hospital do Subúrbio contava com 268 leitos, sendo 208 leitos de enfermarias (64 de internação pediátrica e 144 de internação para adultos) e 60 de terapia intensiva, (10 leitos de UTI pediátrica, 30 de UTI adulto e 20 de terapia semi- intensiva). Em fevereiro de 2012 81% dos usuários do Hospital do Subúrbio eram do próprio subúrbio, 12% de outros bairros e aproximadamente 7% de outros municípios. Já os índices de satisfação dos usuários variavam de 92 a 96%, sendo que o nível mais baixo, na emergência. A autora aponta que apesar de importantes, tais índices devem ser ponderados pelo fato de o hospital ser novo e portanto possuir uma estrutura e equipamentos novos, além do fato de que as avaliações são feitas somente pelas pessoas que foram atendidas, excluindo desta análise os enfermos que não conseguiram ser atendidos.

Souza (2012) aponta que a previsão era de contratar 1.540 profissionais, mas em 2011 o quadro já integrava 1.564. Apesar de acreditar que a SASEB conseguiria contratar os médicos com carteira assinada em regime CLT, Souza afirma que os médicos acabaram sendo contratos como pessoa jurídica, como é de praxe no mercado, o que provavelmente vai impactar na renegociação do contrato. Outro problema apontado por Souza (2012) foi a grande quantidade de atendimentos “azul” e “verde”, fazendo com que a quantidade de atendimentos no primeiro ano fosse quase três vezes maior do que a projetada no edital. Segundo a autora, “azul” significa que o atendimento não é necessário e “verde” que existe alguma necessidade médica, porém

o perfil dela não era para aquele hospital. Nos primeiros 180 dias, esses dois tipos de atendimentos representavam 70% do total. Por fim, Souza aponta que os indicadores qualitativos vinham sendo cumpridos com rigor, exaltando para o fato de que o índice estipulado para o tempo de intervalo de cirurgias de emergência era de 60 minutos e que a empresa estava realizando em 51. Isso seria uma prova de agilidade, especialmente quando comparado a outras unidades em que muitos pacientes passam um longo período de tempo esperando para realizar exames.

No site da secretária do Estado¹⁵ os dados atualizados apontam que o hospital está operando com capacidade plena, possuindo 373 leitos, sendo 253 de internação, 10 de UTI pediátrica, 50 para adultos e 60 de internação hospitalar. Atuando com uma equipe de quase 1.500 profissionais, o hospital possui atualmente um corpo clínico de 394 médicos de diversas especialidades. Entre os serviços oferecidos estão ortopedia, cirurgia médica, neurologia clínica e cirúrgica, cirurgia vascular, urologia, pediatria, além de exames de bioimagem (ressonância magnética, raio X e tomografia). Até 2014 o hospital contava com mais de 12 mil internações registradas, sendo lesões e envenenamentos as principais causas, representando 31% dos atendimentos. A Secretaria do Estado também chama atenção para o alto índice de internações devido a doenças dos aparelhos respiratório e digestivo e a doenças infecciosas. Os indicadores quantitativos e qualitativos são divulgados a cada trimestre, sendo possível acessá-los diretamente no site da Prodal¹⁶. O HS conta ainda com um aplicativo para celular, no qual é possível consultar o andamento do atendimento e de alguns indicadores do hospital em tempo real.

Além do destaque na mídia brasileira, o Hospital do Subúrbio foi premiado em 2015 pela Organização das Nações Unidas (ONU) no Prêmio do Serviço Público das Nações Unidas na categoria ‘Melhoria na prestação de serviços públicos’. Esta premiação é realizada anualmente e busca reconhecer iniciativas inovadoras no serviço público.

15 <http://www.secom.ba.gov.br/2015/05/125773/Gestao-do-Hospital-do-Suburbio-recebe-premio-da-ONU.html>. Data de acesso: 05/08/2015. Acessado em: 05/08/2015

16 http://www.prodalsaude.com.br/?page_id=4568. Acessado em: 05/08/2015

III.2 – Diferenciais e aprendizados do projeto

Conforme exposto na seção anterior, com praticamente metade do contrato cumprido o Hospital do Subúrbio é um exemplo de uma PPP inédita elaborada com sucesso. Cabe ressaltar alguns dos principais pontos que permitiram que este projeto se tornasse vitorioso, assim como alguns aprendizados importantes que podem servir como base para que alguns erros cometidos nele não se repitam.

O primeiro diferencial do Hospital do Subúrbio foi a capacidade do Estado em desenvolver o projeto, destacando-se o papel da Unidade de PPPs da Bahia e da SESAB. Concessões no formato de PPP são extremamente complexas e requerem uma capacidade técnica muito grande da administração pública, o que muitas vezes se torna uma barreira ao desenvolvimento deste tipo de projeto em larga escala. Além de todo aparato jurídico e legal para estruturar contratos deste porte, o acompanhamento rigoroso do ente público durante todo o processo de implementação do projeto é vital para o seu sucesso, pois é preciso garantir que o contrato desenhado seja capaz de fazer o projeto cumprir o seu propósito inicial. Conforme apontado no capítulo I, a criação de agências especializadas em projetos de PPPs é um caminho que tem sido seguido no mundo inteiro e tem apresentando um resultado extremamente produtivo. No caso brasileiro, as unidades de PPPs estaduais vem cumprindo esse papel e se especializando cada vez mais no assunto. Além da Unidade de PPPs do estado da Bahia, o empenho da SESAB em estruturar a primeira PPP na saúde pública brasileira também se fez notável.

Qualquer projeto de PPP bem sucedido tem em sua base uma elaboração cautelosa e minuciosa, tanto por parte do agente público quanto por parte da equipe técnica responsável pela elaboração do projeto. No caso do Hospital do Subúrbio, antes da escolha da modalidade de PPP para gestão foi feita uma análise comparativa de *Value For Money* (VFM) com outras formas de contratação, se chegando a conclusão de que a PPP era o melhor caminho a seguir. Em relação a esse ponto, cabe uma observação interessante sobre o modo como VFM é interpretado no Brasil. Para muitos agentes públicos e até mesmo teóricos, obter o melhor VFM significa achar um preço nominal para o projeto e assegurar que este seja o melhor preço possível comparado a outras alternativas, o que é um grande equívoco. O conceito original de VFM aponta que o mesmo seja um valor de referência para comparar projetos diferentes, no qual se considere não só o custo (valor) do projeto mas também a qualidade e o risco de

assumi-lo. A interpretação de que o VFM é um preço nominal que deve ser utilizado não só como referencial mas também como definidor do teto da licitação é um equívoco cometido com extrema frequência no Brasil, inclusive neste projeto.

O segundo ponto de destaque foi a qualidade técnica do edital, o que garantiu a elaboração de um contrato robusto e capaz de medir a eficiência do parceiro privado. O IFC e o BNDES investiram US\$1.145.000,00 (um milhão cento e quarenta e quatro mil dólares) para desenvolver o projeto, sendo cento e quarenta e cinco mil dólares pago pelo estado baiano e o restante do montante financiado pelo IFC. Após a licitação, o consórcio vencedor pagou ao IFC o valor financiado. Esta é outra característica marcante de PPPs: por ser um contrato mais complexo do que a contratação normal, o investimento feito para realizar os estudos de viabilidade necessários e a estruturação dos contratos, chamado de custos de transação, são significativamente maiores. Aqui cabe mais uma vez ressaltar a importância da emprego correto do termo VFM, no qual obter o melhor “valor para o dinheiro” não está necessariamente relacionado a gastar menos mas sim no conjunto de resultados a serem alcançados através deste investimento. Além da necessidade de desenvolvimento de expertise no setor público, a especialização do setor privado no tema parcerias público privadas também é essencial para que projetos vitoriosos ocorram com maior frequência.

O modelo de acompanhamento, monitoramento e fiscalização do desempenho do parceiro privado elaborado no Hospital do Subúrbio é mais um grande diferencial deste projeto. A experiência internacional é neste ponto em que muitas PPPs fracassam logo nos seus primeiros anos de atividade. Caso a administração pública não tenha capacidade para controlar o desempenho do projeto ou elabore indicadores e metas fracas e fáceis de serem atingidas, atrelar a remuneração do parceiro privado a sua performance dificilmente garantirá um aumento de eficiência. As PPPs na Argentina na década de 1990 e em Portugal no início da década de 2000 são grandes exemplos disso. No caso do Hospital do Subúrbio, não só foram desenvolvidos indicadores de desempenho robustos como também foi elaborado um rigoroso sistema de avaliação e fiscalização. A avaliação das metas qualitativas e quantitativas é realizada a cada trimestre, através de um sistema informatizado que foi implantado no hospital justamente com o propósito de facilitar medição dos indicadores. Souza (2012) explica o funcionamento do monitoramento do desempenho do hospital no trecho abaixo:

“(...) estabelecemos a seguinte forma de monitoramento: temos um grupo de seis pessoas e três tratam diretamente da área hospitalar. estas discutem metas, relatórios, promovem o acompanhamento e o monitoramento. as outras três são auditores do SUS, não têm nenhuma relação profissional com a instituição e fazem apenas a análise dos documentos. confrontam os relatórios produzidos pela primeira equipe com a produção efetiva.

e todo o acompanhamento mais pesado, relacionado com multas e exigências, é feito por outro grupo. além disso, uma auditoria externa está em processo de contratação. o pagamento é feito pelo privado, mas a seleção é feita pelo público. nessa seleção, a empresa deve ser trocada periodicamente para que também não tenhamos nenhum tipo de captura, numa tentativa de proteger o estado.” (SOUZA, M. 2012 p. 34)

O bom desempenho do consórcio Prodal em relação as metas de qualidade tem demonstrado que ir no caminho contrário do padrão de contratos de gestão de saúde pública e definir um percentual mais alto da remuneração do parceiro relacionado as metas de qualidade foi outro ponto em que o projeto do Hospital do Subúrbio acertou. Ao atrelar uma parte significativa da remuneração a qualidade do atendimento, o contrato desta parceria garantiu um aumento efetivo na eficiência do serviço prestado a população da região, conforme os indicadores de desempenho e as pesquisas de satisfação vêm demonstrando ao longo dos anos.

Apesar dos muitos acertos do projeto, também existiram alguns pontos de falha que devem ser estudados. O primeiro deles é em relação a construção do hospital ter sido realizada através de contratação direta ao invés de estar englobada na PPP. O estado baiano investiu cerca de R\$ 54 milhões na construção do hospital, o que possivelmente gerou um ganho financeiro no curto prazo dado que o custo de obtenção de crédito por parte do setor privado para realizar um investimento deste porte seria maior do que o custo do setor público. O fato de a obra não ter sido realizada pelo consórcio que presta o serviço, porém, abriu uma brecha para que o parceiro privado colocasse a culpa de problemas operacionais na infraestrutura concedida pelo Estado. Conforma apontado no capítulo I, um dos grandes ganhos de eficiência de projetos de PPP é justamente o fato de utilizar o mesmo parceiro para construir e operar a infraestrutura, de modo a garantir que ele vá realizar o desenho dela buscando otimizar o seu uso no longo prazo. Além disso, nos casos em que é o parceiro privado que constrói a infraestrutura ele assume todos os riscos relacionados a obra e, caso o

desenho da planta esteja comprometendo a operação esse é um custo que o próprio parceiro deverá incorrer. Foi necessário realizar algumas intervenções depois do hospital ter sido construído, motivo de reclamação por parte da concessionária, que afirmou que se o projeto tivesse sido construído por eles algumas áreas teriam sido pensadas e desenhadas de maneira diferente. Segundo relato de Souza (2012) a SESAB não só reconheceu que este foi um problema do projeto como assumiu que teria sido melhor ter realizado a parceria no modelo *Design, Build and Operate* (DBO), na qual o parceiro privado desenha, constrói e opera a infraestrutura pública.

Em relação a precificação do contrato, a SESAB procurou comparar o estudo de custo feito pelo IFC e pela Secretaria da Fazenda com os custos do Hospital Geral do Estado e de outras unidades de atendimento de saúde cujo as gestões são feitas através da administração direta. Para a procuradoria Geral do Estado era importante que a PPP representasse não só um ganho de qualidade mas também uma redução de custos para o Estado. Os consultores do IFC contestaram esse tipo de comparação, afirmando que os ganhos de eficiência trazidos por uma PPP não podem ser mensurados e comparados ao serviço apresentado pela administração direta. Utilizar o custo atual de um serviço público como um teto para a realização de um projeto de PPP é um conceito extremamente equivocado, porém amplamente utilizado por órgãos jurídicos no Brasil e a tentativa de se fazer isso no projeto do Hospital do Subúrbio é um exemplo disso. Os ganhos de eficiência na prestação de um serviço são muitas vezes intangíveis na precificação do contrato, sendo o melhor indicador para se fazer uma comparação referencial o VFM em seu sentido original.

Por fim, a projeção de demanda foi outro ponto falho no projeto. Projetado para operar com 50% da sua capacidade no primeiro trimestre, 80% no início do segundo e somente no final dele atingir a capacidade plena de operação, o Hospital do Subúrbio operou com lotação máxima desde o primeiro dia de operação. O perfil dos pacientes, que após de 180 dias de operação era composto por 70% de casos que não deveriam estar sendo tratados ali ajudou com que as projeções falhassem. Segundo Souza (2012), o principal motivo para isso foi a falha da prefeitura de Salvador em implementar unidades de saúde da família na região, fazendo com que pacientes com problemas relativamente simples ocupassem uma unidade de alta complexidade como o Hospital do Subúrbio, aonde teriam a garantia de serem atendidos por se tratar de um hospital

público. Este erro de projeção fez com que o contrato fosse renegociado após nove meses de operação, antecipando o prazo de um ano e meio estipulado no contrato.

Os atores envolvidos no projeto do Hospital do Subúrbio acreditam na expansão das PPP na gestão da saúde pública brasileira, porém são cautelosos em como ela deve ocorrer e apontam algumas limitações para tal. Segundo Carreira (2012), para o IFC os maiores empecilhos para desenvolver esse tipo de projeto não estão na saúde em si, mas na estrutura institucional necessária para tal. É preciso um grau de maturidade institucional que muitas municípios brasileiros ainda não possuem, limitando a replicação do modelo. A limitação de endividamento com projetos de PPP em até 5% da RCL é outro fator que restringe a expansão do modelo na saúde brasileira, dado que para gerar um ganho de eficiência e um bom VFM os projetos de PPPs envolvem grandes investimentos a longos prazos, o que somado a regra de endividamento imposta aos municípios e estados acaba por limitar a realização de múltiplos projetos por um mesmo ente federativo.

A experiência do Hospital do Subúrbio deixa claro que é possível realizar um projeto de parceria público privada na saúde pública brasileira que gere uma redução nos gastos públicos e um aumento de qualidade no serviço prestado. Contudo, também fica claro que a maturidade institucional e a capacidade organizacional do Estado são fatores chaves para o sucesso de um projeto, especialmente devido a complexidade e a escala envolvidas neste tipo de contratação. O aprendizado final com o projeto é que a utilização de PPPs na saúde pública brasileira tem potencial para ser ampliada, especialmente em projetos de alta complexidade que sejam desenvolvidos por entes federativos com estrutura institucional robusta.

CONCLUSÃO

Este trabalho analisou as parcerias público privadas como um modelo de contratação a ser expandido na concessão de infraestrutura pública, mais especificamente no setor de saúde brasileiro, devido a sua capacidade de gerar um aumento de eficiência e também de aliviar a restrição fiscal do Estado. Após esta análise fica explícito que o modelo tem diversos pontos positivos e que a sua estrutura econômica aponta para um ganho real de eficiência e qualidade nos serviços públicos. A sua complexidade e a necessidade de um alto nível de maturidade institucional e de uma maior especialização técnica sobre o assunto, tanto pela parte do parceiro público quanto do privado, porém, são fortes indícios de que a sua expansão deve ser realizada de forma extremamente cautelosa.

Para realizar esta análise foi necessário um capítulo introdutório sobre o que são as parcerias público privadas e o seu papel nos investimentos em infraestrutura. Iniciando com a importância da existência de um Estado forte e democrático, a primeira seção trata das reformas burocráticas, que se deram ao longo da segunda metade do século XIX e início do século XX, e das reformas gerenciais do Estado, estas iniciadas em 1980 na Inglaterra e até hoje em vigor, que por sua vez originaram um novo modelo de gestão pública, denominado de Nova Gestão Pública (NGP). Através da adoção de modelos organizacionais mais flexíveis ou com maior pluralismo institucional e com sua gestão focada em resultados e com novas formas de *accountability*, a NGP é a origem das parcerias público privadas.

O trabalho apontou que o modelo de parcerias público privadas em seu sentido restrito surgiu na Inglaterra no final da década de 1980, sob a forma do programa *Private Finance Initiative* (PFI). Neste modelo concessão, o parceiro privado é responsável não só por operar a infraestrutura pública mas também por construí-la e financia-la. O objetivo inicial era aliviar as restrições orçamentárias do Estado, fazendo com que o parceiro privado assumisse a maior parte dos riscos e fosse responsável pelo investimento necessário para construir a infraestrutura, porém ao longo do tempo o foco do programa se deslocou para a questão do aumento de eficiência que a estrutura econômica do contrato era capaz de gerar.

No Brasil, as parcerias público privadas surgem oficialmente no primeiro mandato do presidente Lula, tendo como marco legal a Lei 11.079/04, chamada de “Lei

de PPPs”. Baseadas no PFI, as parcerias público privadas brasileiras possuem dois tipos: as concessões administrativas e as concessões patrocinadas. Ambos os tipos são contratos de longo prazo nos quais o parceiro privado é responsável por realizar um investimento vultoso na construção ou melhoria de uma infraestrutura pública além de operá-la. A diferença entre os dois tipos reside na remuneração do parceiro: enquanto nas concessões patrocinadas a remuneração é composta pelo pagamento de contraprestações por parte do ente público e pela cobrança direta de uma tarifa do usuário final, nas concessões administrativas o parceiro não cobra nenhuma tarifa do usuário, sendo remunerado somente através das contraprestações pagas pelo Estado. Em ambos os casos o pagamento da contraprestação pública está diretamente ligada ao desempenho e performance do parceiro na prestação de serviços.

Ao analisar a estrutura econômica deste tipo de contratação, fica claro que este atrelamento do pagamento ao desempenho do parceiro e a forma que a distribuição de riscos é realizada são os principais motivos para um aumento de eficiência em contratos de PPPs. Centralizar em um único parceiro a construção e operação de infraestrutura, fazendo com que o mesmo seja responsável por realizar o investimento necessário e que ele só receba sua remuneração após o início da prestação do serviço, atrelada ao seu desempenho, é a lógica por trás desta estrutura econômica. Todavia, a complexidade por trás da elaboração deste tipo de contrato, que exige um alto nível técnico dos servidores públicos responsáveis pelo projeto e uma estrutura institucional robusta por parte do Estado, é a principal causa para a falha em gerar um aumento de eficiência de muitos projetos desenvolvidos nos últimos anos, dificultando a expansão do modelo.

No caso da saúde pública brasileira, o aumento exponencial dos gastos em assistência nas últimas décadas têm dificultado o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). As projeções apontam para um aumento de demanda por serviços de saúde no futuro breve, devido ao aumento e envelhecimento da população e ao aumento de doenças crônicas, em especial doenças cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias. Este aumento de demanda, somado a alta velocidade das inovações tecnológicas que ocorrem no setor, tendem a gerar um aumento ainda maior nos gastos necessários.

A expansão de formas alternativas de contratação na saúde pública, como os modelos de Organizações Sociais (OS) e de parcerias público privadas, surge como uma

alternativa para este problema de financiamento encontrado pelo Estado. O deslocamento para o parceiro privado dos investimentos necessários em infraestrutura e o possível aumento de qualidade na prestação de serviços são os principais motivos para a adoção de parcerias público privadas como modelo de contratação na gestão da saúde pública. Por outro lado, a falta de maturidade institucional de muitos entes federativos brasileiros, a restrição imposta na Lei de PPPs para gastos correntes com PPPs dos entes, de 5% de sua Receita Corrente Líquida, e a incidência maior de impostos sobre este tipo de projeto, principalmente quando comparado a modelos de gestão através de organizações filantrópicas, são os principais desafios e limitadores à expansão do modelo na saúde pública brasileira.

Por fim, o estudo de caso sobre a primeira parceria público privada brasileira no setor de saúde, o Hospital do Subúrbio na Bahia, demonstrou que a aplicação deste modelo de gestão foi extremamente bem sucedida. O projeto foi realizado sob a forma de concessão administrativa, prevendo um período de concessão de dez anos para a operação e manutenção de serviços clínicos e não clínicos no hospital, com o valor de contraprestação anual de R\$ 103 milhões. Apesar do escopo do projeto não contemplar a construção do hospital, que foi realizada anteriormente por contratação direta, houve um investimento inicial por parte do parceiro privado de aproximadamente R\$ 36 milhões.

A capacidade do Estado da Bahia em estruturar o projeto, com destaque para a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e a Unidade de PPPs da Bahia, foi essencial para sucesso do projeto, garantindo que o contrato fosse elaborado de forma a garantir o aumento de qualidade do serviço prestado ao usuário final. O desenvolvimento de indicadores de desempenho que refletissem a qualidade do serviço e impactassem diretamente na remuneração do parceiro, assim como uma estrutura sólida de monitoramento e fiscalização desses índices, totalmente informatizada e realizada por três equipes diferentes, garantiram o excelente desempenho do hospital até o momento. Atingindo metade do contrato em 2015, o Hospital do Subúrbio é reconhecido como centro de excelência em atendimento de emergência e também como referência de modelo de gestão, sendo premiado pela Organização das Nações Unidas (ONU) no Prêmio do Serviço Público das Nações Unidas na categoria ‘Melhoria na prestação de serviços públicos’.

Além do sucesso, o primeiro projeto de parcerias público privadas no setor de saúde brasileira deixou importantes aprendizados sobre o tema, especialmente sobre desafios e problemas a serem evitados em outras unidades de saúde em outros municípios. O primeiro deles é o fato da construção do hospital não ter sido realizada dentro do escopo da parceria, fazendo com que o parceiro privado utilizasse o argumento de não ter construído a infraestrutura para questionar constantemente o Estado, afirmando que certas partes do hospital foram construídas de forma equivocada e geravam empecilhos para a prestação do serviço. Além disso, o perfil da demanda projetada do hospital não se refletiu na realidade, fazendo com que os atendimentos, que nos estudos deveriam ser em sua maioria de emergência, fossem na verdade de atendimentos de baixo impacto que não deveriam ser tratados ali. A origem deste problema foi o fato de o município de Salvador não ter construído as Unidades de Saúde da Família que prometerá na região, fazendo com que estes atendimentos fossem deslocados para o Hospital do Subúrbio. Por fim, a baixa quantidade de consórcios na licitação foi outro ponto negativo do projeto, pois impossibilitou que uma concorrência efetiva de fato ocorresse no processo licitatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRUCIO, F.L. **A Experiência Nacional. PPP na Saúde: Experiências e Tendências.** Revista do GVsaúde da FGV-EAESP. Edição Especial, Junho de 2012.
- BAHIA, L. 2011.
- BARBOSA, M. P. **A função econômica das PPPs.** REDAE – Revista Eletrônica de direito administrativo econômico, Vol. 2.
- BRITTO, P. **Análise Fiscal e Contabilização dos Investimentos Públicos – O caso das PPP.** Brasília: Estudos CNI 2, 2005.
- BRESSER PEREIRA, L.C.. **A privatização da Saúde.** Folha de São Paulo, 2011.
- BRESSER PEREIRA, L. C.; PACHECO, R. In: VELLOSO R, João Paulo e Roberto Cavalcanti de Albuquerque, orgs, Crise Política e Reforma das Instituições do Estado Brasileiro. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 2005: 150-170. Texto preparado para o Fórum Nacional Especial sobre “Reforma das instituições do Estado brasileiro – Executivo, Legislativo e Judiciário”, organizado pelo INAE Instituto Nacional de Altos Estudos, e realizado em Brasília em 1 de setembro de 2005.
- CARREIRA, M. B. M. **Parceria público privada PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA (PPP): ANÁLISE DO MÉRITO DE PROJETOS DO SETOR SAÚDE NO BRASIL.** 2014
- CARREIRA, M. B. M. **PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE NO BRASIL: ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL DO SUBÚRBIO DE SALVADOR – BAHIA.** 2012
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- GADELHA, C.A.G. e COSTA, L.S. **Saúde e desenvolvimento Nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010.** In: MACHADO, C.V. et al. **Política de saúde no Brasil: continuidades e mudanças nos anos 2000.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
- GOVERNO DO REINO UNIDO. NATIONAL AUDIT OFFICE. LESSONS FROM PFI AND OTHER PROJECTS. REPORT BY THE controller and auditor general, 28 de abril 2011.
- IBGE. **Estatísticas da Saúde Assistência Médico-Sanitária.** 2009
- Loevinsohn, B. ; Harding, A. **Contracting for the delivery of community health services: A review of global experience.** Health, Nutrition and Population (HNP) discussion paper, setembro /2004.
- OECD. **Infrastructure to 2030 (volume 2): Mapping policy for electricity, water and transport,** 2007.
- OLIVEIRA, G.; OLIVEIRA FILHO, L. C. **Parcerias Público Privadas - Experiências, Desafios & Propostas.** LTC, 2013.
- RIBEIRO, M. P.. **Concessões e Ppps - Melhores Práticas Em Licitações e Contratos.** São Paulo: Editora Atlas, 2011.

RIBEIRO, M. P. ; PRADO, L. N. **Comentários à Lei de Ppp Parceria Público-privada - Fundamentos Econômico Jurídicos**. São Paulo: Malheiros Editores, 2007.

SOUZA, M.C. D. **A Experiência Nacional. PPP na Saúde: Experiências e Tendências**. Revista do GVsaúde da FGV-EAESP. Edição Especial, Junho de 2012.

WORLD BANK GROUP. **Public-Private Partnerships Reference Guide, version 2.0**. Washington DC: World Bank Publications, 2014.

YESCOMBE, E.R. **Public-Private Partnerships Principles of Policy and Finance**. London: Elsevier, 2007.